

### ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ДЛЯ СТРАХУВАННЯ НЕОБХІДНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІНОЗЕМЦІВ (VPP/860-14)

#### Стаття 1. Вступні положення

1. Права та обов'язки учасників цього страхування регулюються законодавством Чеської Республіки, зокрема положеннями Закону № 326/1999 Зб. зак. „Про перебування іноземців на території Чеської Республіки“, з поправками, Закону № 89/2012 Зб. зак. Цивільний кодекс, з поправками, цими умовами страхування та угодами, зазначеними в договорі страхування або договірних угодах.
2. Договірними сторонами є страхувальник, з одного боку, і страховик, з іншого:  
MAXIMA pojišťovna, a. s., з юридичною адресою: вул. Italská 1583/24, Прага 2, 120 00, ІСЧ: 61328464, зареєстроване в Торговому реєстрі, який веде Міський суд м. Прага, розділ В, запис 3314 (далі за текстом – „страховик“).
3. Страхування здійснюється за принципом заявлених збитків.
4. Страхування поширюється на всі види перебування, які регулюються законом, за винятком випадків, коли фізична особа підлягає обов'язковому державному медичному страхуванню відповідно до спеціального правового регулювання.
5. Це страхування відповідає умовам, викладеним у Законі №. 326/1999 Зб., про перебування іноземців на території Чеської Республіки, зі змінами, для надання необхідної та невідкладної медичної допомоги.

#### Стаття 2. Тлумачення термінів

1. **Страховальник** – це особа, яка уклала зі страховиком договір страхування та зобов'язана сплатити страховий внесок.
2. **Застрахована особа** – фізична особа, яка не є громадянином Чеської Республіки (далі за текстом – „ЧР“), здоров'я якого застраховане та яка проживає в ЧР на підставі дійсного дозволу, виданого відповідно до законодавства ЧР.
3. **Вигодонабувач** – особа, яка в результаті страхового випадку набуває право на отримання страхової виплати, довівши, що вона понесла витрати, для покриття яких призначена страхова виплата.
4. **Страховий випадок** – це випадкова подія, визначена в статті IV цих Умов, з настанням якої виникає обов'язок страховика здійснити страхову виплату.
5. **Одиничний страховий випадок** – це страховий випадок за страхуванням однієї особи, що виник з однієї причини та включає всі факти та їх наслідки, між якими існує причинний, часовий або інший зв'язок.
6. **Страховий ризик** – це будь-яка причина виникнення нещасного випадку, раптового захворювання або смерті застрахованої особи, за винятком причин та випадків, які прямо зазначені у винятках зі страхування.
7. **Раптове захворювання** – це раптове та непередбачуване погіршення стану здоров'я застрахованої особи, що сталося в період дії страхування, незалежно від волі застрахованої особи, і яке вимагає надання необхідної та невідкладної медичної допомоги, в тому числі, при необхідності, забезпечення її доступності.
8. **Екстрена медична допомога** – медичне обстеження, діагностика, надання першої допомоги та лікування раптових (гострих) станів, коли з медичних причин необхідно надати медичну допомогу негайно або в найкоротші терміни.

9. **Невідкладна медична допомога** – медичне обстеження, діагностика, надання першої допомоги та лікування раптових (гострих) станів, пов'язаних з можливістю порушення основних життєвих функцій та супутніх станів, коли з медичного погляду зволікання може завдати серйозної шкоди здоров'ю або поставити під загрозу життя.
10. **Нещасним випадком** для цілей цього страхування вважається ненавмисна, раптова та непередбачувана дія зовнішніх сил або власної фізичної сили, незалежно від волі застрахованої особи, яка спричинила шкоду її здоров'ю або смерть.
11. **Репатріація** – це перевезення до держави, паспорт якої має застрахована особа, або до іншої держави, в якій застрахована особа має дозвіл на проживання. Йдеться про:
  - a) репатріацію хворої застрахованої особи, якщо це можливо з медичного погляду, організовану асистанс-компанією після затвердження страховиком. У випадках, коли цього вимагає стан здоров'я застрахованої особи, страховик може прийняти рішення про покриття витрат на необхідний медичний персонал,
  - b) перевезення тілесних останків померлої застрахованої особи, організоване асистуючою компанією після затвердження страховиком.
12. **Документ про медичне страхування** – це документ, виданий застрахованій особі під час укладення договору страхування, який підтверджує наявність та обсяг страхового покриття.
13. **Асистанс-компанія** – третя особа, зазначена в договорі страхування, яка надає послуги асистансу застрахованим особам на підставі договору зі страховиком, в межах діяльності кол-центру та на умовах, визначених договором страхування та цими умовами страхування. Контактні дані асистанс-компанії вказані у договорі страхування та у документі про медичне страхування.
14. **Транзит** – це перевезення застрахованої особи, якщо одночасно виконуються всі такі умови:
  - a) починається (або закінчується) на території Чеської Республіки та прямує до (або з) держави, громадянином якої є застрахована особа, або держави, в якій вона має дозвіл на проживання,
  - b) у разі наземного транспорту включає прямий проїзд територією інших держав до або з держави, зазначеної у пункті а) (транзитні країни), який триває не більше ніж 24 години,
  - c) підтверджується відповідним проїзним документом або документом про придбання пального.
15. **Шенгенська зона** – це територія держав-підписантів Шенгенської угоди.
16. **Професійний спорт** – це спортивна діяльність, що здійснюється на підставі договору зі спортивною або іншою організацією, або спортивна діяльність, яка є основним джерелом доходу особи.

#### Стаття 3. Предмет страхування

1. Предметом страхування є покриття витрат на необхідну та невідкладну медичну допомогу, яку застрахована особа повинна була отримати в медичному закладі в Чеській Республіці або, якщо це зазначено в договорі страхування, в країнах Шенгенської зони або в країнах транзиту внаслідок нещасного випадку або раптового захворювання, які сталися під час дії страхування під час перебування застрахованої особи на території Чеської Республіки або, якщо це зазначено в договорі страхування, в країнах Шенгенської зони або в країнах транзиту. Предметом страхування також є покриття витрат на репатріацію хворої, пораненої або померлої застрахованої особи відповідно до умов, визначених у статті 2.

- У разі настання страхового випадку застрахована особа зобов'язана звернутися до асистуючої компанії страховика та виконувати її вказівки, а також вказівки страховика.

#### Стаття 4. Страховий випадок і виникнення збитків

- Страховим випадком є лікування застрахованої особи в медичному закладі під час дії страхування та на території, що покривається цим страхуванням, якщо йдеться про необхідну та невідкладну медичну допомогу, а також репатріація застрахованої особи відповідно до умов, визначених у статті 2 пункті 11.
- Витрати на необхідну та невідкладну медичну допомогу повинні бути пропорційними та необхідними, підтвердженими та доцільно витраченими під час її надання застрахованій особі в медичному закладі в Чеській Республіці або, якщо це зазначено в договорі страхування, в транзитній країні або в державі Шенгенської зони під час дії страхування внаслідок страхового випадку, а також витрати на необхідну репатріацію з Чеської Республіки або, якщо це зазначено в страховому договорі, зі Шенгенської зони або з транзитної країни.
- Страховик зазвичай покриває ці витрати безпосередньо медичному закладу в Чеській Республіці, який надав медичну допомогу, на основі рахунку, виставленого відповідно до чинних правових норм.
- Необхідна та невідкладна медична допомога включає:
  - необхідні обстеження для встановлення діагнозу та призначення лікування,
  - необхідне лікування,
  - необхідну госпіталізацію застрахованої особи в палаті на кілька ліжок зі стандартним обладнанням.
  - необхідні хірургічні процедури, включаючи пов'язані з ними необхідні витрати,
  - медичні матеріали та лікарські засоби, що використовуються для цієї мети,
  - необхідне за медичними показаннями транспортування застрахованої особи медичним транспортом з місця страхового випадку до найближчого медичного закладу або транспортування застрахованої особи до найближчого медичного закладу, який може надати необхідну медичну допомогу;
  - перше невідкладне нескладне лікування зубів застрахованої особи (в тому числі за необхідності, видалення зубів) для усунення гострого болю або лікування наслідків нещасного випадку.

#### Стаття 5. Страхові виплати

- Верхня межа страхового відшкодування визначається лімітом страхового відшкодування, зазначеним у договорі страхування.
- Договір страхування також включає субліміт на витрати на репатріацію застрахованої особи відповідно до пункту 11 статті 2.
- У договорі страхування також вказується ліміт страхового відшкодування за всіма страховими випадками протягом терміну страхування.
- Страховик здійснює виплату страхового відшкодування в порядку, визначеному в пункті 3 статті 4.
- Страховик надає вигодонабувачам страхове відшкодування за лікування в Чеській Республіці в національній валюті, якщо не погоджено інше.
- У разі настання страхового випадку під час транзиту або перебування на території держави Шенгенської зони страхувальник зобов'язаний (за винятком небезпечних для життя захворювань або нещасних випадків) негайно повідомити асистуючу компанію страховика про нещасний випадок або захворювання, яка організує необхідну медичну допомогу та, як правило, відшкодує витрати безпосередньо постачальнику послуг.
- Якщо застрахована особа без поважної причини в разі страхового випадку під час транзиту або перебування на території держави Шенгенської зони не діє відповідно до попереднього абзацу та сама сплачує надану медичну допомогу постачальнику послуг, страховик відшкодує витрати на таку необхідну та невідкладну медичну допомогу в розмірі обґрунтованих витрат на таку медичну допомогу в Чеській Республіці. У такому випадку страховик виплачує страхову компенсацію в національній валюті, для перерахунку іноземної валюти буде використано обмінний курс згідно з середнім курсом відповідної валюти, що оголошується Чеським національним банком на день нещасного випадку або захворювання.

- Страхове відшкодування виплачується протягом 15 днів після завершення розслідування, необхідного для визначення наявності та обсягу зобов'язань страховика щодо виплати. Розслідування вважається завершеним, як тільки страховик повідомив про його результати особі, яка скористалася правом на страхове відшкодування.
- Страховик відшкодовує витрати на необхідну та невідкладну медичну допомогу медичному закладу, застрахованій особі або іншій особі, яка підтверджено понесла такі витрати в Чеській Республіці, у межах та обсязі, що відповідають відшкодуванню такої допомоги з державного медичного страхування.
- Якщо застрахована особа здійснила пряму оплату витрат на медичну допомогу в Чеській Республіці, які мають бути предметом страхового відшкодування, страховик може згодом відшкодувати розумні витрати на надану медичну допомогу в межах та обсязі, що відповідають державному медичному страхуванню, на підставі надання оригіналів документів, що підтверджують виникнення страхового випадку, обсяг наданої медичної допомоги та суму здійсненої оплати.
- Обов'язок страховика виплатити страхове відшкодування пов'язаний з виконанням усіх умов, зобов'язань та обов'язків, що впливають з цих страхових умов, договору страхування та відповідних правових норм.

#### Стаття 6. Винятки зі страхування

- Страхування не покриває збитки, спричинені
  - внаслідок юридичного факту, про який застрахована особа знала або могла знати на момент укладення договору страхування,
  - навмисним використанням медичної допомоги (так званий „медичний туризм“),
  - у зв'язку з діяльністю, яку застрахована особа здійснює незаконно,
  - протягом періоду, коли застрахована особа є учасником державного медичного страхування Чеської Республіки,
  - якщо застрахована особа почала транзит у стані здоров'я, яке могло передбачати захворювання та необхідність невідкладної допомоги під час транзиту, і така допомога була надана під час транзиту,
  - у безпосередньому зв'язку з нещасним випадком, який стався під час заняття професійним спортом, включаючи підготовку до нього,
  - у безпосередньому зв'язку з нещасним випадком, який стався під час заняття екстремальними видами спорту, такими як альпінізм, глибоке занурення, спелеологія, банджі-джампінг, сплав по бурхливих річках, адреналінові види спорту тощо.
- Страховик не надає відшкодування у випадках:
  - медичних послуг, які не були надані медичним закладом чи медичним працівником, або якщо послуги не є визнаними з медичного погляду,
  - порушення лікувальних процедур, призначених лікарем,
  - використання медичної допомоги для лікування таких захворювань і станів, коли медична допомога є доцільною, обґрунтованою та необхідною, але її можна відкласти до повернення до рідної країни,
  - коли причина або симптоми страхового випадку виникли до укладення договору страхування,
  - коли медична допомога пов'язана із захворюванням, нещасним випадком або їх наслідками, які застрахована особа мала або про які вона знала протягом 6 місяців до початку страхування, незалежно від того, лікувалася вона чи ні,
  - коли причина події пов'язана або може бути пов'язана з вагітністю застрахованої особи,
  - коли застрахована особа відмовляється від репатріації, лікування або необхідних медичних обстежень, які повинен був провести лікар, призначений страховиком або асистанс-компанією,
  - коли причиною страхового випадку є військові дії, бунт, повстання чи інші масові насильницькі заворушення, страйки, локаути, терористичні акти, включаючи хімічне або біологічне зараження,
  - захворювання, спричинені вживанням ліків або інших препаратів без рецепта лікаря,

- j) обстеження та лікування психічних розладів, психологічні обстеження та психотерапія, лікування залежностей, включаючи обстеження та ускладнення,
- k) захворювання, що передаються статевим шляхом (включаючи їх ускладнення),
- l) СНІД (включаючи його ускладнення) та обстеження на ВІЛ-позитивність,
- m) вірусний гепатит типу С (включаючи його ускладнення).

## Стаття 7. Договір страхування

1. Договір страхування укладається шляхом сплати першого страхового внеску в розмірі, зазначеному в пропозиції договору страхування. Договір страхування набуває чинності з дати, зазначеної в пропозиції, за умови сплати першого страхового внеску до зазначеного в пропозиції терміну. Якщо до цього часу перший внесок не сплачено, договір не укладається, страхування не набирає чинності, а пропозиція страховика припиняє свою дію.
2. Укладаючи договір страхування, страхувальник погоджується з тим, що страховик надає Службі у справах іноземців дистанційний доступ до даних про договір страхування у зв'язку з обов'язками Служби у справах іноземців, що випливають із Закону № 326/1999 Зб. зак. „Про перебування іноземців на території Чеської Республіки“, зі змінами та доповненнями. Це не впливає на обов'язок страховика передавати дані про страхування до Реєстру медичного страхування іноземців.

## Стаття 8. Період страхування, початок та закінчення страхування

1. Страхування оформляється на визначений термін, який вказується в договорі страхування.
2. Страхування починає діяти з дати, зазначеної в пропозиції договору страхування як початок страхування.
3. Передумовою виникнення та дії страхування є легальне перебування застрахованої особи на території Чеської Республіки або, якщо це обумовлено в договорі страхування, в Шенгенській зоні за межами території Чеської Республіки, за умови дотримання всіх умов, передбачених законодавством.
4. Страхування не може бути перервано.
5. Страхування припиняється з настанням будь-якої з наступних подій
  - a) після закінчення періоду страхування, визначеного в договорі страхування, а саме о 24.00 годині дня, узгодженого як дата закінчення страхування,
  - b) смерть застрахованої особи,
  - c) закінчення терміну перебування застрахованої особи на території Чеської Республіки або, якщо це обумовлено в договорі страхування, на території Шенгенської зони, або дата, коли рішення про депортацію або адміністративне видворення стає остаточним,
  - d) відмова страхувальника від договору страхування,
  - e) дата, коли застрахована особа стала учасником державного медичного страхування відповідно до Закону № 48/1997 Зб. зак. „Про державне медичне страхування“ (на підставі працевлаштування на території Чеської Республіки або отримання дозволу на постійне проживання на території Чеської Республіки), але не раніше, ніж страховику стало про це достовірно відомо,
  - f) за домовленістю між страхувальником і страховиком у визначену дату,
  - g) несплата страхових внесків після виконання встановлених законом умов.

## Стаття 9. Страхові внески

1. Страховий внесок (премія) є одноразовим у розумінні закону, якщо не зазначено інше.
2. Страховий внесок сплачується страховику протягом усього терміну страхування. У разі припинення страхування внаслідок настання страхового випадку страховик має право на отримання повної одноразової премії.
3. Страховий внесок вважається сплаченим у день зарахування його в повному обсязі на рахунок страховика. Договором страхування можуть бути передбачені різні умови сплати страхового платежу.

## Стаття 10. Обов'язки страхувальника та застрахованої особи

1. Крім інших обов'язків, передбачених законодавством, страхувальник і застрахована особа зобов'язані:
  - a) правдиво та повністю відповідати на всі запитання страховика, що стосуються страхування, в тому числі у разі настання страхового випадку,
  - b) повідомляти страховика без невинуватливої затримки про будь-які зміни, що стосуються фактів, про які запитував страховик, або фактів, зазначених у договорі страхування,
  - c) надати страховику відомості про всі чинні на момент настання страхового випадку договори страхування, предметом яких є страхування одного і того ж страхового ризику,
  - d) зробити все можливе, щоб запобігти настанню страхового випадку та зменшити розмір шкоди,
  - e) дотримуватися інструкцій та рекомендацій медичного персоналу,
  - f) пройти будь-яке необхідне обстеження або процедуру за вказівкою лікаря,
  - g) пройти огляд у лікаря, визначеного страховиком на вимогу страховика,
  - h) дотримуватися правил громадського здоров'я,
  - i) на вимогу страховика звільнити третю особу (зокрема, медичний заклад) від обов'язку зберігати конфіденційність фактів, пов'язаних з виплатою страхового відшкодування.
2. У разі настання страхового випадку застрахована особа зобов'язана:
  - a) повідомити страховика про страховий випадок безпосередньо або через асистуючу компанію, яка одночасно здійснює виплату страхового відшкодування від імені страховика медичному закладу. У випадках, коли цей спосіб технічно неможливий через тяжкість стану здоров'я застрахованої особи, можна повідомити страховика письмово або електронною поштою. Повідомлення повинно бути зроблено без невинуватливої затримки, але не пізніше п'яти днів після настання страхового випадку,
  - b) дотримуватися вказівок страховика або асистуючої компанії та пройти медичне обстеження або лікування у визначеному ними медичному закладі на території Чеської Республіки,
  - c) у разі захворювання або нещасного випадку в транзитній країні або в країні Шенгенської зони, якщо це погоджено в договорі страхування, негайно повідомити про це асистуючу компанію та дотримуватися її вказівок.
  - d) без невинуватливої затримки повідомляти органи, що займаються кримінальними справами або справами про проступки, про подію, яка відбулася за обставин, що вказують на вчинення кримінального злочину або проступку,
  - e) діяти таким чином, щоб страховик міг застосувати право на відшкодування шкоди, заподіяної страховим випадком, а також право на стягнення та врегулювання, і в цьому контексті надавати страховику співпрацю.
3. Осіб з обмеженою дієздатністю представляє їх законний представник або, у разі його відсутності, особа, уповноважена законним представником.
4. У разі порушення встановлених законом або договором зобов'язань страховик має право зменшити страхову виплату пропорційно до міри, в якій порушення вплинуло на виникнення або розмір збитку, якщо зменшення страхового покриття не передбачено вже за законом. В іншому випадку він має право вимагати компенсацію виплачених сум від застрахованої особи.
5. Страхувальник зобов'язаний ознайомити застраховану особу зі змістом договору страхування та умовами страхування.

## Стаття 11. Обов'язки страховика

1. На додаток до інших обов'язків, передбачених законом, страховик зобов'язаний:
  - a) правдиво та повністю відповідати на всі письмові запитання страхувальника або застрахованої особи, що стосуються страхування, яке укладається, або зміни страхування, яка обговорюється,
  - b) здійснювати страхові виплати в разі настання страхового випадку за умови дотримання всіх умов для виплати,

- c) після повідомлення про страховий випадок розпочати розслідування без невиннованої затримки з метою визначення обсягу своїх зобов'язань,
- d) повідомити вигодонабувача про результати розслідування, необхідного для встановлення права на страхову виплату та визначення розміру страхової виплати,
- e) надавати необхідні інформаційні послуги застрахованим особам і медичним закладам через асистанс-компанію, зокрема перевіряти чинність та ефективність договору страхування, шукати медичні заклади або надавати інформацію про страхування. Забезпечити гарантію через асистанс-компанію на покриття витрат на медичну допомогу, якщо це необхідно.

#### Стаття 12. Перехід прав на страховика

1. Якщо страхова виплата була надана вигодонабувачеві за шкоду, за яку застрахована особа має право вимоги відносно третьої особи, ця вимога переходить до страховика в межах суми страхової виплати, наданої страховиком.
2. Якщо страховик понесе додаткові витрати у зв'язку з виплатою страхового відшкодування з вини вигодонабувача, страховик має право вимагати від останнього відшкодування цих витрат.

#### Стаття 13. Юридичні дії та доставка документів

1. Договір страхування укладається в письмовій формі (в електронному або паперовому вигляді).
2. Письмова форма дотримана, якщо правовий акт:
  - a) записаний на папері та підписаний власноруч;
  - b) укладено в електронному вигляді, а підпис замінено механічним способом;
  - c) укладено в електронній формі та підписано електронним підписом відповідно до загальнообов'язкових правових норм;
  - d) укладено в електронному вигляді та підтверджено сплатою першого страхового внеску.
3. Листи, що стосуються страхування, надсилаються:
  - a) через власника поштової ліцензії відповідно до спеціального закону на поштову адресу адресата. Якщо поштову адресу не вказано – на останню відому адресу учасника страхування,
  - b) особисто працівником або уповноваженою особою страховика,
  - c) електронною поштою у вигляді простих електронних повідомлень, на адресу електронної пошти страхувальника, зазначена в договорі страхування.
4. документ, надісланий поштою в день підтвердженого отримання відправлення, відмови від прийняття відправлення або повернення відправлення як такого, що не підлягає доставці, в іншому випадку – на 3-й робочий день після його відправлення. Якщо адресат не знаходився за адресою та документ страховика залишився на зберіганні у поштовій компанії, документ страховика вважається доставленим в останній день строку зберігання, навіть якщо адресат не знав про це.
5. Якщо страхувальник або застрахована особа змінила свою поштову адресу, не повідомивши про це страховика в письмовій формі, і лист страховика повертається як такий, що не був доставлений, документ вважається врученим у день його повернення страховику, навіть якщо страхувальник або застрахована особа не знали про його відправлення.
6. Юридичні дії або повідомлення, зроблені в електронній формі, вважаються доставленими на наступний день після відправлення на електронну поштову скриньку адресата, за винятком випадків доведеного недоставлення, наприклад, через технічні проблеми. В останньому випадку документ вважається доставленим на 10-й день після його відправлення.

#### Стаття 14. Застосовне право та вирішення спорів

1. Договір страхування та правові наслідки, що випливають з нього, регулюються законодавством Чеської Республіки.
2. Усі спори, що виникають із договору страхування, підлягають розгляду судами Чеської Республіки.

3. Страховик вважає за краще вирішувати будь-які суперечки в позасудовому порядку. Ви можете подати скаргу, скориставшись формою, доступною на сайті [www.maxima-pojistovna.cz/sites/default/files/formular\\_pro\\_podani\\_stiznosti\\_1.pdf](http://www.maxima-pojistovna.cz/sites/default/files/formular_pro_podani_stiznosti_1.pdf) електронною поштою на адресу [info@maxima-as.cz](mailto:info@maxima-as.cz) або письмово на адресу страховика. Відповідь, включаючи викладення причин скарги, надсилається скаргнику в письмовій формі протягом 30 днів.
4. Скаргу можна також подати до Чеського національного банку за адресою: вул. Na Příkopě 28, Прага 1, який є органом нагляду за діяльністю страхових компаній. Однак ЧНБ не має компетенції вирішувати спір між скаргником та страховиком.
5. Якщо справа пов'язана з правом на рівне поводження або захистом від дискримінації, звернутися можна до омбудсмена. Скарга може бути подана в письмовій формі або усно під запис і не підлягає оплаті.
6. Спори між споживачем (страхувальником або стороною, що відшкодовує) та страховиком у сфері страхування, не пов'язаного зі страхуванням життя, які підпадають під юрисдикцію судів і не були вирішені безпосередньо зі страховиком, можуть бути вирішені Чеською торговою інспекцією, Центральна інспекція – Департамент ADR, Štěpánská 15, 120 00 Praha 2. Більше інформації можна знайти на сайті [www.coi.cz](http://www.coi.cz). Діяльність Чеської торгової інспекції регулюється законом № 634/1992 Зб. зак. „Про захист прав споживачів“ і правилами позасудового вирішення споживчих спорів, прийнятими на його основі.
7. Для вирішення споживчих спорів споживач також може скористатися позасудовим вирішенням спорів зі страхування, ініціювавши розгляд справи в Омбудсмена Чеської асоціації страхових компаній. Пропозиція подається в електронному вигляді у формі на платформі <https://www.ombudsmancap.cz>.

#### Стаття 15. Прикінцеві положення

1. Мовою спілкування є чеська. Умови страхування є частиною договору страхування. Якщо умови страхування, договір страхування або інші документи, які є частиною обов'язкової договірної документації, складені більш ніж однією мовою, вирішальною є чеська версія.
2. Звичайні витрати страховика, пов'язані зі створенням та адмініструванням страхування, становлять 30% від страхової премії (плата за анулювання). У разі дострокового припинення страхування з причин з боку страхувальника страховик застосовує плату за анулювання та розраховує її на день припинення страхування.
3. Ці умови страхування набувають чинності 1 лютого 2025 року.