

CÁC ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CHUNG CHO BẢO HIỂM CẦN THIẾT VÀ KHẨN CẤP VỚI NGƯỜI NƯỚC NGOÀI (VPP/860-14)

Điều 1. Lời giới thiệu

- Quyền lợi và nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm này được điều chỉnh bởi pháp luật của Cộng hòa Séc, đặc biệt là các quy định của bộ luật số 326/1999 Sb., về cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, đã được sửa đổi, bộ luật số. 89/2012 Sb., Bộ luật dân sự sửa đổi, các điều khoản và điều kiện bảo hiểm này được nêu trong hợp đồng bảo hiểm hoặc thỏa thuận trong hợp đồng
- Các bên thỏa thuận trong hợp đồng gồm bên mua bảo hiểm và bên bảo hiểm:
MAXIMA pojišťovna, a. s., có trụ sở tại Italská 1583/24, Praha 2, 120 00, IČO: 61328464, đăng ký tại tòa án thương mại thành phố Praha, phần B, phụ lục 3314 (sau đây chỉ là „bên bảo hiểm“).
- Bảo hiểm được thỏa thuận cho những thiệt hại.
- Bảo hiểm áp dụng cho tất cả các loại hình lưu trú được pháp luật quy định, ngoại trừ những trường hợp cá nhân phải tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo quy chế riêng.
- Bảo hiểm này đáp ứng các điều kiện được thiết lập bởi Đạo luật số. 326/1999 Coll., về việc cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, đã được sửa đổi để được chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp.

Điều 2. Giải thích các thuật ngữ

- Bên mua bảo hiểm** là bên đã ký kết hợp đồng với bên bảo hiểm và có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm.
- Người được bảo hiểm** là cá nhân không phải công dân nước Cộng hòa Séc được thanh toán cho bảo hiểm sức khỏe, cư trú trên lãnh thổ Séc với giấy phép hợp lệ, có hiệu lực theo qui chế của pháp luật Séc.
- Người hưởng quyền lợi** là người do hậu quả của sự kiện bảo hiểm được hưởng quyền lợi do có những chi phí phát sinh rõ ràng mà việc chi trả là đối tượng được hưởng quyền lợi bảo hiểm.
- Sự kiện được bảo hiểm** là sự kiện ngẫu nhiên được qui định trong mục IV của các điều khoản này, có liên quan đến quyền lợi cung cấp quyền lợi bảo hiểm của bên bảo hiểm.
- Một sự kiện được bảo hiểm** là sự kiện được bảo hiểm từ bảo hiểm của người được bảo hiểm phát sinh ra từ một nguyên nhân và bao gồm tất cả các sự kiện và hậu quả của nó có mối liên hệ nhân quả, thời gian hoặc mối liên hệ khác.
- Bảo hiểm rủi ro** được hiểu như nguyên nhân gây ra thương tích, bệnh tật hoặc tử vong đột ngột của người được bảo hiểm, trừ những nguyên nhân và trường hợp được nêu rõ trong phần loại trừ bảo hiểm.
- Bệnh đột ngột** là khi tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm giảm sút đột ngột, không lường trước được, xảy ra trong thời gian bảo hiểm có hiệu lực, không phụ thuộc vào ý muốn của người được bảo hiểm, đòi hỏi phải cung cấp dịch vụ y tế cần thiết và khẩn cấp kể cả việc cung cấp những gì sẵn có.
- Chăm sóc sức khỏe cần thiết** là việc khám bệnh, chẩn đoán, điều trị tình trạng sức khỏe đột xuất (cấp tính) mà theo quan điểm y tế thì việc chăm sóc sức khỏe phải được cung cấp ngay hoặc trong thời gian sớm nhất.
- Chăm sóc sức khỏe khẩn cấp** là việc khám bệnh, chẩn đoán, điều trị các tình trạng sức khỏe đột xuất (cấp tính) liên quan đến khả năng suy giảm các cơ quan quan trọng trong cơ thể và các tình trạng liên quan mà theo quan điểm y tế, sự chậm trễ có thể tổn hại nghiêm trọng đến sức khỏe hoặc dẫn đến tử vong.

- Tai nạn**, theo mục đích của hợp đồng này được hiểu là hành động vô ý, đột ngột và bất ngờ của các lực bên ngoài hoặc lực của bản thân, độc lập với ý chí của người được bảo hiểm, gây thiệt hại về sức khỏe hoặc tử vong của người được bảo hiểm.
- Hồi hương** là việc vận chuyển đến nước mà người được bảo hiểm có giấy phép thông hành hoặc đến nước mà người được bảo hiểm có giấy phép cư trú. Đó là:
 - việc hồi hương người được bảo hiểm bị bệnh, nếu có thể, xét từ góc độ y tế, do một công ty hỗ trợ tổ chức sau khi được công ty bảo hiểm chấp thuận. Trong trường hợp tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm yêu cầu, công ty bảo hiểm cũng có thể quyết định thanh toán chi phí cho nhân viên y tế cần thiết,
 - việc vận chuyển hài cốt của người được bảo hiểm đã tử vong do một công ty hỗ trợ tổ chức sau khi được công ty bảo hiểm chấp thuận
- Chứng từ bảo hiểm y tế** là chứng từ được cấp cho người được bảo hiểm khi ký hợp đồng bảo hiểm để chứng minh sự tồn tại và phạm vi bảo hiểm.
- Công ty hỗ trợ** là bên thứ ba được ghi trong hợp đồng bảo hiểm, dựa trên hợp đồng với bên bảo hiểm cung cấp dịch vụ hỗ trợ cho người được bảo hiểm trong phạm vi tổng đài, theo các qui định chi tiết ghi trong hợp đồng bảo hiểm và các điều kiện bảo hiểm. Việc kết nối với công ty hỗ trợ được ghi trong hợp đồng và trong chứng từ bảo hiểm.
- Quá cảnh** là việc vận chuyển người được bảo hiểm nếu đảm bảo đồng thời các điều kiện sau:
 - bắt đầu (hay kết thúc) trên lãnh thổ nước Cộng hòa Séc và hướng đến (hoặc từ) nước mà người được bảo hiểm là công dân hoặc có giấy phép cư trú,
 - trong trường hợp vận chuyển đường bộ bao gồm hành trình đi thẳng qua các nước khác đến hoặc từ nước theo điểm a) (nước quá cảnh) không quá 24 giờ,
 - được chứng minh bằng giấy tờ có liên quan hoặc chứng từ mua nhiên liệu.
- Khu vực Schengen** là khu vực các nước ký kết thỏa thuận Schengen.
- Thể thao chuyên nghiệp** là hoạt động thể thao được thực hiện trên cơ sở hợp đồng với môn thể thao hoặc với tổ chức khác hoặc hoạt động thể thao mang lại lợi nhuận cho bản thân.

Điều 3. Đối tượng bảo hiểm

- Đối tượng của bảo hiểm là việc thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp mà người được bảo hiểm phải trải qua tại một cơ sở y tế ở Cộng hòa Séc hoặc, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, ở các nước thuộc khu vực Schengen hoặc ở các nước quá cảnh do tai nạn hoặc bệnh tật bất ngờ xảy ra trong thời gian bảo hiểm trong thời gian người được bảo hiểm lưu trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc hoặc, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, tại các nước thuộc khu vực Schengen hoặc ở các nước quá cảnh. Đối tượng của bảo hiểm cũng là việc thanh toán chi phí hồi hương người được bảo hiểm bị bệnh, bị thương hoặc đã chết theo các điều kiện quy định tại Điều 2.
- Trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm, người được bảo hiểm có nghĩa vụ liên hệ với công ty hỗ trợ của công ty bảo hiểm và làm theo hướng dẫn của công ty đó cũng như hướng dẫn của công ty bảo hiểm.

Điều 4. Sự kiện được bảo hiểm và phát sinh thiệt hại

- Trong thời hạn bảo hiểm và trong lãnh thổ được bảo hiểm này, nếu cần thiết và chăm sóc sức khỏe khẩn cấp, việc hồi hương người được bảo hiểm theo các điều kiện quy định tại điểm 11 Điều 2.

2. Chi phí chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp phải hợp lý và cần thiết, được chi tiêu một cách rõ ràng và có mục đích khi cung cấp dịch vụ đó cho người được bảo hiểm tại một cơ sở y tế ở Cộng hòa Séc hoặc, nếu thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, ở nước quá cảnh hoặc ở một nước thuộc khu vực Schengen trong thời hạn bảo hiểm do sự kiện được bảo hiểm, cũng như các chi phí hồi hương cần thiết từ Cộng hòa Séc hoặc, nếu được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, từ khu vực Schengen hoặc từ nước quá cảnh
3. Công ty bảo hiểm thường thanh toán trực tiếp các chi phí này cho cơ sở y tế cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế tại Cộng hòa Séc, dựa trên hóa đơn được phát hành theo quy định pháp luật hiện hành.
4. Chăm sóc y tế cần thiết và khẩn cấp bao gồm:
 - a) việc kiểm tra cần thiết để xác định quy trình chẩn đoán và điều trị,
 - b) biện pháp xử lý cần thiết,
 - c) việc nhập viện cần thiết của người được bảo hiểm trong phòng nhiều giường với trang thiết bị tiêu chuẩn,
 - d) kết quả hoạt động cần thiết, bao gồm cả các chi phí cần thiết liên quan;
 - e) thiết bị y tế và thuốc được sử dụng hợp lý,
 - f) vận chuyển cần thiết về mặt y tế từ nơi xảy ra sự kiện bảo hiểm đến cơ sở y tế gần nhất hoặc vận chuyển người được bảo hiểm đến cơ sở y tế gần nhất có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết;
 - g) việc điều trị khẩn cấp đơn giản đầu tiên đối với răng của người được bảo hiểm (bao gồm cả khả năng nhổ răng) nhằm loại bỏ cơn đau cấp tính hoặc điều trị hậu quả của một vụ tai nạn.

Điều 5. Thanh toán bảo hiểm

1. Giới hạn trên của quyền lợi bảo hiểm được xác định bằng quyền lợi bảo hiểm ghi trong hợp đồng.
2. Trong hợp đồng bảo hiểm cũng quy định giới hạn cho một phần chi phí hồi hương cho người được bảo hiểm theo điểm 11 tại Điều 2.
3. Trong hợp đồng bảo hiểm còn quy định giới hạn quyền lợi bảo hiểm cho tất cả các sự kiện bảo hiểm trong suốt thời gian bảo hiểm.
4. Bên bảo hiểm thanh toán quyền lợi bảo hiểm theo quy định ở điểm 3 tại Điều 4.
5. Bên bảo hiểm cung cấp cho những người đủ điều kiện bảo hiểm để điều trị tại Cộng hòa Séc bằng tiền korun, trừ khi có thỏa thuận khác.
6. Trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm trong quá trình quá cảnh hoặc trong thời gian lưu trú trong lãnh thổ của nước thuộc khu vực Schengen, bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ (trừ trường hợp hợp bệnh tật hoặc thương tích đe dọa tính mạng) phải báo cáo ngay về tai nạn hoặc bệnh tật cho công ty hỗ trợ của công ty bảo hiểm, điều này sẽ đảm bảo dịch vụ chăm sóc y tế cần thiết và thường hoàn trả trực tiếp cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc này
7. Nếu người được bảo hiểm không tiến hành theo đoạn trước mà không có lý do nghiêm trọng trong trường hợp xảy ra sự kiện được bảo hiểm trong quá trình quá cảnh hoặc trong thời gian lưu trú trong lãnh thổ của nước thuộc khu vực Schengen và tự mình thanh toán chi phí chăm sóc sức khỏe được cung cấp cho nhà cung cấp, công ty bảo hiểm sẽ chi trả các chi phí chăm sóc cần thiết và khẩn cấp đó trong mức chi phí hợp lý cho việc chăm sóc sức khỏe này tại Cộng hòa Séc. Trong trường hợp đó, công ty bảo hiểm sẽ thanh toán tiền bồi thường bằng đồng korun, để chuyển đổi ngoại tệ, tỷ giá hối đoái sẽ được sử dụng theo tỷ giá trung bình của loại tiền liên quan được Ngân hàng nhà nước công bố vào ngày xảy ra tai nạn hoặc ngày bị ốm.
8. Việc thanh toán bảo hiểm phải được thanh toán trong vòng 15 ngày sau khi kết thúc cuộc điều tra cần thiết để xác định sự tồn tại và phạm vi nghĩa vụ thực hiện của người bảo hiểm. Việc điều tra kết thúc ngay sau khi bên bảo hiểm thông báo kết quả cho người đã thực hiện quyền hưởng quyền lợi bảo hiểm.
9. Bên bảo hiểm thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp cho cơ sở y tế, người được bảo hiểm hoặc người khác đã chứng minh được các chi phí này ở Cộng hòa Séc trong phạm vi và số tiền tương ứng với khoản thanh toán chăm sóc này từ bảo hiểm y tế công cộng.

10. Nếu người được bảo hiểm đã trực tiếp thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe tại Cộng hòa Séc, đối tượng được hưởng quyền lợi bảo hiểm, thì công ty bảo hiểm sau đó có thể hoàn trả các chi phí chăm sóc y tế hợp lý được cung cấp trong phạm vi và số tiền tương ứng với bảo hiểm y tế công cộng trên cơ sở xuất trình các tài liệu gốc chứng minh sự xuất hiện của sự kiện bảo hiểm, mức độ chăm sóc sức khỏe được cung cấp và số tiền thanh toán đã thực hiện.
11. Nghĩa vụ cung cấp quyền lợi bảo hiểm của người bảo hiểm gắn liền với việc thực hiện đầy đủ các điều kiện, nghĩa vụ và nghĩa vụ phát sinh từ các điều kiện bảo hiểm đó, hợp đồng bảo hiểm và các quy định pháp luật có liên quan

Điều 6. Loại trừ bảo hiểm

1. Bảo hiểm không bao gồm những thiệt hại gây ra bởi:
 - a) do sự kiện pháp lý mà người được bảo hiểm biết hoặc có thể biết khi ký hợp đồng,
 - b) sử dụng có chủ ý cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe zdravotní péče (gọi là du lịch y tế),
 - c) liên quan đến các hoạt động do người được bảo hiểm thực hiện trái phép,
 - d) trong thời gian người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm y tế công cộng ở Cộng hòa Séc,
 - e) trong trường hợp người được bảo hiểm bắt đầu quá trình vận chuyển trong tình trạng sức khỏe có thể dự đoán được bệnh tật cũng như sự chăm sóc cần thiết và khẩn cấp liên quan đến bệnh đó trong quá trình vận chuyển và sự chăm sóc này đã được cung cấp cho người đó trong quá trình vận chuyển
 - f) liên quan trực tiếp đến chấn thương xảy ra trong quá trình thực hiện hoạt động thể thao chuyên nghiệp và chuẩn bị cho hoạt động đó,
 - g) liên quan trực tiếp đến chấn thương xảy ra khi luyện tập các môn thể thao mạo hiểm, chẳng hạn như leo núi, lặn sâu, khảo cổ học, lặn sâu trên dây cao su, chèo thuyền vượt thác, các môn thể thao adrenaline, ...
2. Bên bảo hiểm không bồi thường cho những thiệt hại cho các trường hợp:
 - a) các hoạt động không được cung cấp bởi cơ sở y tế hoặc nhân viên y tế, ngay cả trong trường hợp các hoạt động không được công nhận về mặt y tế
 - b) vi phạm qui trình điều trị do bác sĩ chỉ định,
 - c) được chăm sóc y tế để điều trị các bệnh và tình trạng sức khỏe đó khi việc chăm sóc phù hợp, thiết thực và cần thiết nhưng bị trì hoãn và chỉ được cung cấp sau khi về nước
 - d) khi nguyên nhân và triệu chứng của sự kiện bảo hiểm xảy ra trước khi ký hợp đồng bảo hiểm,
 - e) khi việc chăm sóc y tế liên quan đến bệnh tật, thương tích hoặc hậu quả của chúng mà người được bảo hiểm phải chịu đựng hoặc biết đến trong vòng 6 tháng trước khi bắt đầu bảo hiểm, bất kể họ có được điều trị hay không
 - f) khi nguyên nhân của sự kiện liên quan hoặc có thể liên quan đến việc mang thai của người được bảo hiểm,
 - g) khi người được bảo hiểm từ chối hồi hương, điều trị hoặc kiểm tra y tế cần thiết, những việc này lẽ ra phải được thực hiện bởi bác sĩ được công ty bảo hiểm hoặc công ty hỗ trợ chỉ định,
 - h) khi nguyên nhân của sự kiện bảo hiểm là chiến tranh, nổi loạn, nổi dậy hoặc các cuộc bạo loạn, đình công, bế xưởng, hành động khủng bố, bao gồm cả ô nhiễm hóa học hoặc sinh học,
 - i) bệnh tật do hậu quả của việc sử dụng thuốc không có đơn của bác sĩ,
 - j) khám và điều trị rối loạn tâm thần, khám tâm lý và trị liệu tâm lý, điều trị chứng nghiện bao gồm khám và biến chứng,
 - k) các bệnh hoa liễu (kể cả các biến chứng của chúng),
 - l) AIDS (kể cả các biến chứng) và xét nghiệm dương tính với HIV,
 - m) viêm gan virus loại C (kể cả các biến chứng).

Điều 7. Hợp đồng bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm được ký kết bằng việc đóng phí bảo hiểm lần đầu với số tiền quy định trong dự thảo hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực vào ngày quy định trong đề nghị nếu phí bảo hiểm đầu tiên đã được đóng theo thời gian quy định trong đề nghị của hợp đồng bảo hiểm. Nếu phí bảo hiểm đầu tiên chưa được thanh toán vào thời điểm này, hợp đồng chưa được ký kết, bảo hiểm sẽ không được tạo ra và đề nghị của công ty bảo hiểm sẽ hết hạn.

2. Với việc ký kết hợp đồng bảo hiểm, bên mua bảo hiểm đồng ý với bên bảo hiểm cho phép Sở cảnh sát ngoại kiều truy cập từ xa vào dữ liệu về hợp đồng bảo hiểm liên quan đến nhiệm vụ của Sở cảnh sát ngoại kiều, phát sinh từ bộ luật số. 326/1999 Sb. về thời gian lưu trú của người nước ngoài trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, đã được sửa đổi. Điều này không ảnh hưởng đến nghĩa vụ của công ty bảo hiểm trong việc gửi thông tin bảo hiểm cho Cơ quan đăng ký bảo hiểm y tế cho người nước ngoài.

Điều 8. Thời gian bảo hiểm, hình thành và kết thúc bảo hiểm

1. Bảo hiểm được thỏa thuận trong thời gian nhất định, có ghi trong hợp đồng bảo hiểm.
2. Bảo hiểm có hiệu lực từ ngày ghi trong hợp đồng, là ngày bắt đầu bảo hiểm.
3. Điều kiện để hình thành và thời hạn bảo hiểm là thời gian cư trú hợp pháp của người được bảo hiểm trên lãnh thổ Cộng hòa Séc hoặc, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trên lãnh thổ khu vực Schengen bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc., với điều kiện phải đáp ứng mọi điều kiện theo qui định của pháp luật.
4. Thời gian bảo hiểm không thể gián đoạn.
5. Bảo hiểm kết thúc trong các trường hợp sau:
 - a) khi hết thời hạn bảo hiểm được xác định trong hợp đồng bảo hiểm, cụ thể là vào lúc nửa đêm của ngày được thỏa thuận là ngày kết thúc bảo hiểm
 - b) người được bảo hiểm tử vong,
 - c) sau khi chấm dứt thời gian lưu trú của người được bảo hiểm trên lãnh thổ Cộng hòa Séc hoặc, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trên lãnh thổ khu vực Schengen hoặc vào ngày có quyết định trục xuất hoặc trục xuất hành chính có hiệu lực.
 - d) bên mua bảo hiểm hủy hợp đồng,
 - e) ngày người được bảo hiểm trở thành người tham gia bảo hiểm y tế công cộng theo bộ luật số. 48/1997 Sb. về bảo hiểm y tế công cộng (trên cơ sở mối quan hệ lao động tại Cộng hòa Séc hoặc bằng cách có được nơi thường trú tại Cộng hòa Séc), nhưng không phải trước khi công ty bảo hiểm biết rõ về điều đó
 - f) theo thỏa thuận giữa bên mua bảo hiểm và bên bảo hiểm vào thời điểm cụ thể,
 - g) không đóng phí bảo hiểm khi đáp ứng đủ điều kiện của pháp luật.

Điều 9. Phí bảo hiểm

1. Theo qui chế của pháp luật thì phí bảo hiểm đóng một lần nếu không có qui định khác.
2. Phí bảo hiểm thuộc về bên bảo hiểm trong suốt thời gian bảo hiểm. Trong trường hợp kết thúc bảo hiểm do sự kiện bảo hiểm thì bên bảo hiểm được quyền nhận toàn bộ phí bảo hiểm một lần.
3. Phí bảo hiểm được coi là đã thanh toán vào ngày nó được ghi đầy đủ trong tài khoản của bên bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm có thể quy định các điều kiện khác nhau để thanh toán phí bảo hiểm

Điều 10. Nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm

1. Ngoài những nghĩa vụ khác theo qui định của pháp luật, bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm còn có những nghĩa vụ sau:
 - a) trả lời trung thực và đầy đủ tất cả các câu hỏi của bên bảo hiểm liên quan đến hợp đồng bảo hiểm, điều này cũng áp dụng trong trường hợp xử lý một sự kiện bảo hiểm,
 - b) thông báo ngay cho bên bảo hiểm về mọi thay đổi liên quan đến các thông tin mà bên bảo hiểm đã hỏi hoặc được nêu trong hợp đồng bảo hiểm
 - c) cung cấp cho bên bảo hiểm thông tin về tất cả các hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực tại thời điểm xảy ra sự kiện bảo hiểm, đối tượng của sự kiện bảo hiểm đó là bảo hiểm cho cùng một rủi ro được bảo hiểm
 - d) thực hiện mọi biện pháp để ngăn chặn sự kiện được bảo hiểm xảy ra và giảm thiểu mức độ thiệt hại
 - e) lưu ý đến các hướng dẫn và khuyến nghị của nhân viên y tế,
 - f) tiến hành kiểm tra hoặc các thủ tục cần thiết theo chỉ dẫn của bác sĩ,
 - g) được khám bác sĩ theo yêu cầu của bên bảo hiểm chỉ định,
 - h) tuân thủ các qui định về bảo vệ sức khỏe cộng đồng,
 - i) theo yêu cầu của bên bảo hiểm, miễn cho bên thứ ba (đặc biệt là cơ sở y tế) được giữ bí mật về các sự kiện liên quan đến sự kiện có hại.

2. Nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm, người được bảo hiểm có nghĩa vụ cụ thể:
 - a) báo cáo sự kiện bảo hiểm cho bên bảo hiểm trực tiếp hoặc thông qua công ty hỗ trợ, đồng thời thay mặt cơ quan bảo hiểm xác nhận phạm vi bảo hiểm cho cơ sở y tế. Trong trường hợp phương pháp này không khả thi về mặt kỹ thuật do tình trạng sức khỏe nghiêm trọng của người được bảo hiểm, có thể thông báo cho công ty bảo hiểm về sự kiện được bảo hiểm bằng văn bản hoặc qua e-mail. Việc thông báo phải được thực hiện không chậm trễ nhưng không quá năm ngày sau khi xảy ra sự kiện bảo hiểm
 - b) làm theo hướng dẫn của bên bảo hiểm hoặc công ty hỗ trợ và tiến hành khám hoặc điều trị y tế tại cơ sở y tế do họ chỉ định trên lãnh thổ Cộng hòa Séc
 - c) trong trường hợp bị bệnh hoặc thương tích ở một quốc gia quá cảnh hoặc ở một nước thuộc khu vực Schengen, nếu có thỏa thuận như vậy trong hợp đồng bảo hiểm, hãy thông báo ngay cho công ty hỗ trợ và làm theo hướng dẫn của công ty đó,
 - d) báo cáo không chậm trễ cho cơ quan thực thi pháp luật trong quá trình tố tụng hình sự hoặc tội nhẹ về việc xảy ra một sự kiện xảy ra trong các tình huống cho thấy việc phạm tội hình sự hoặc tội nhẹ
 - e) tiến hành theo cách mà công ty bảo hiểm có thể thực hiện quyền bồi thường thiệt hại do sự kiện bảo hiểm gây ra, cũng như quyền phạt và giải quyết đối với người khác và trong bối cảnh này cung cấp sự hợp tác cho công ty bảo hiểm
3. Với người bị hạn chế về quyền lợi pháp nhân do người đại diện của họ về pháp luật thực hiện hoặc nếu không có mặt thì người được người đại diện về pháp luật ủy quyền.
4. Nếu có hành vi vi phạm nghĩa vụ pháp lý hoặc nghĩa vụ hợp đồng, công ty bảo hiểm có quyền giảm số tiền bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm nghĩa vụ góp phần dẫn đến sự cố hoặc mức độ thiệt hại, trừ khi có sự giảm phạm vi bảo hiểm theo quy định. theo quy định pháp luật đặc biệt. Trong trường hợp ngược lại, người bảo hiểm có quyền thu hồi các quyền lợi bảo hiểm đã trả sau đó thông qua việc truy đòi người được bảo hiểm
5. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ cho người được bảo hiểm làm quen với nội dung của hợp đồng bảo hiểm và điều kiện bảo hiểm.

Điều 11. Nghĩa vụ của bên bảo hiểm

1. Ngoài những nghĩa vụ theo qui định của pháp luật, bên bảo hiểm còn có những nghĩa vụ:
 - a) trả lời trung thực và đầy đủ tất cả các câu hỏi bằng văn bản của người mua hợp đồng hoặc người được bảo hiểm về hợp đồng bảo hiểm hoặc việc thay đổi bảo hiểm đang chờ xử lý
 - b) cung cấp quyền lợi bảo hiểm trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm, nếu đáp ứng tất cả các điều kiện thanh toán
 - c) sau khi thông báo về sự kiện gây thiệt hại, nhanh chóng tiến hành điều tra để xác định mức độ nghĩa vụ phải thực hiện
 - d) thông báo cho người có thẩm quyền về kết quả điều tra cần thiết để thiết lập quyền được cung cấp quyền lợi bảo hiểm và xác định số tiền đó
 - e) thông qua công ty hỗ trợ, đảm bảo cung cấp các dịch vụ thông tin cần thiết cho người được bảo hiểm và cơ sở y tế, đặc biệt là xác minh tính hợp lệ và hiệu quả của hợp đồng bảo hiểm, tìm kiếm cơ sở y tế hoặc cung cấp thông tin về bảo hiểm. Thông qua công ty hỗ trợ, nếu cần thiết, cung cấp sự đảm bảo thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe phát sinh

Điều 12. Chuyển giao quyền lợi cho bên bảo hiểm

1. Trường hợp người có quyền lợi được hưởng quyền lợi bảo hiểm đối với thiệt hại mà người được bảo hiểm có yêu cầu bồi thường đối với người thứ ba thì quyền yêu cầu bồi thường này được chuyển cho bên bảo hiểm trong phạm vi quyền lợi bảo hiểm do bên bảo hiểm cung cấp.
2. Nếu bên bảo hiểm phát sinh thêm chi phí do lỗi của người có quyền lợi liên quan đến yêu cầu bồi thường thì bên bảo hiểm có quyền yêu cầu người có quyền lợi phải chịu những chi phí này.

Điều 13. Thủ tục pháp lý và việc cung cấp tài liệu

1. Hợp đồng bảo hiểm được ký bằng văn bản (điện tử hoặc bằng giấy).
2. Hình thức văn bản được thực hiện nếu hành vi pháp lý:
 - a) được viết bằng văn bản và được ký bằng tay;

- b) được thực hiện bằng điện tử và chữ ký được thay thế bằng phương tiện cơ học
 - c) được thực hiện bằng chữ ký điện tử và điện tử theo các quy định pháp lý có tính ràng buộc chung
 - d) được thực hiện bằng điện tử và được xác nhận bằng việc thanh toán phí bảo hiểm đầu tiên.
3. Các giấy tờ liên quan đến bảo hiểm được giao:
- a) thông qua người có giấy phép bưu chính theo luật đặc biệt tới địa chỉ thư từ của người nhận. Nếu địa chỉ liên lạc không được cung cấp thì hãy gửi đến địa chỉ được biết cuối cùng của người tham gia bảo hiểm
 - b) trực tiếp đến nhân viên hoặc người được ủy quyền của bên bảo hiểm,
 - c) bằng thư điện tử dưới dạng tin nhắn email đơn giản, để địa chỉ email của người được bảo hiểm được nêu trong hợp đồng bảo hiểm.
4. Các tài liệu được gửi qua đường bưu điện được coi là đã được gửi vào ngày có xác nhận đã nhận được lô hàng, từ chối chấp nhận lô hàng hoặc trả lại. Lô hàng được coi là không thể giao được, nếu không thì sẽ được giao vào ngày làm việc thứ 3 sau khi gửi. Nếu không thể liên lạc được với người nhận và chứng từ của công ty bảo hiểm đã được gửi cho người giao hàng, chứng từ của công ty bảo hiểm được coi là đã được gửi vào ngày cuối cùng của thời gian lưu trữ, ngay cả khi người nhận không biết về việc gửi.
5. Nếu bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm thay đổi địa chỉ liên lạc, không thông báo cho công ty bảo hiểm về sự thay đổi này bằng văn bản và chứng từ của công ty bảo hiểm bị trả lại do không thể gửi được thì tài liệu đó được coi là đã được giao vào ngày nó được trả lại cho công ty bảo hiểm, ngay cả khi người mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm không biết về việc gửi
6. Các hoạt động pháp lý hoặc thông báo được thực hiện dưới dạng điện tử được coi là đã được gửi vào ngày sau khi chúng được gửi đến hộp thư điện tử của người nhận, ngoại trừ trường hợp rõ ràng là nó không được gửi, chẳng hạn như do sự cố kỹ thuật. Trong trường hợp như vậy, tài liệu được coi là được giao vào ngày thứ 10 sau khi gửi.

Điều 14. Luật áp dụng và xử lý tranh chấp

1. Hợp đồng bảo hiểm và các hậu quả pháp lý phát sinh từ hợp đồng đó được áp dụng theo hệ thống pháp luật của Cộng hòa Séc
2. Tòa án Cộng hòa Séc có thẩm quyền giải quyết các tranh chấp phát sinh ra từ hợp đồng bảo hiểm.
3. Bên bảo hiểm ưu tiên giải quyết mọi tranh chấp ngoài tòa án. Có thể gửi khiếu nại bằng mẫu có sẵn trên trang https://www.maximapojistovna.cz/sites/default/files/formular_pro_podani_stiznos-ti_1.pdf đến địa chỉ e-mail info@maxima-as.cz hoặc bằng văn bản đến địa chỉ của bên bảo hiểm. Phản hồi kèm theo thông báo và căn cứ giải quyết khiếu nại được gửi cho người khiếu nại trong thời hạn 30 ngày bằng văn bản
4. Đơn khiếu nại cũng có thể được gửi tới Ngân hàng nhà nước Séc, Na Příkopě 28, Praha 1, cơ quan giám sát hoạt động của các công ty bảo hiểm. Tuy nhiên, ngân hàng nhà nước không có thẩm quyền giải quyết tranh chấp giữa người khiếu nại và công ty bảo hiểm
5. Trong các vấn đề về quyền được đối xử bình đẳng và bảo vệ khỏi sự phân biệt đối xử, Người bảo vệ công quyền cũng thực thi quyền tài phán. Đề xuất có thể được viết bằng văn bản hoặc bằng miệng và không phải trả phí
6. Tranh chấp giữa người tiêu dùng (người được bảo hiểm hoặc bên bồi thường) và bên bảo hiểm trong việc cung cấp bảo hiểm phi nhân thọ thuộc thẩm quyền giải quyết của tòa án và không thể giải quyết trực tiếp với bên bảo hiểm, được giải quyết bằng cơ quan tài chính. Thanh tra Thương mại Séc, Thanh tra Trung ương - Cục ADR, Štěpánská 15, 120 00 Praha 2. Bạn có thể tìm thêm thông tin tại www.adr.coi.cz. Thủ tục Thanh tra Thương mại Séc được điều chỉnh bởi bộ luật số. 634/1992 Sb., về bảo vệ người tiêu dùng và các quy tắc giải quyết ngoài tòa án các tranh chấp của người tiêu dùng được ban hành trên cơ sở luật này
7. Để giải quyết tranh chấp của người tiêu dùng, người tiêu dùng cũng có thể sử dụng phương thức giải quyết tranh chấp bảo hiểm ngoài tòa án bằng cách khởi kiện với Thanh tra của Hiệp hội bảo hiểm Séc. Đề xuất được gửi dưới dạng điện tử trên biểu mẫu thông qua <https://www.ombudsman.cz>.

Điều 15. Qui định cuối cùng

1. Ngôn ngữ giao tiếp là tiếng Séc. Điều kiện bảo hiểm là một phần của hợp đồng bảo hiểm. Nếu các điều kiện bảo hiểm, hợp đồng bảo hiểm hoặc các tài liệu khác là một phần của tài liệu hợp đồng ràng buộc được soạn thảo bằng nhiều phiên bản bằng nhiều ngôn ngữ thì phiên bản tiếng Séc là phiên bản quyết định
2. Chi phí thông thường của người bảo hiểm liên quan đến việc phát sinh và quản lý bảo hiểm lên tới 30% phí bảo hiểm theo quy định (phí hủy bỏ). Trong trường hợp chấm dứt bảo hiểm trước thời hạn do nguyên nhân của bên mua bảo hiểm, công ty bảo hiểm sẽ áp dụng phí hủy bỏ và giải quyết vào ngày chấm dứt bảo hiểm
3. Các điều kiện bảo hiểm này có hiệu lực từ ngày 1.2. 2025.