

## Các điều kiện tổng thể của bảo hiểm du lịch y tế dành cho người nước ngoài - UCZ/CZP/14

### Phân chung

#### 1. Qui định mở đầu

- 1.1. Bảo hiểm du lịch y tế dành cho người nước ngoài (sau đây gọi là „CZP“) của Hãng bảo hiểm UNIQA cổ phần (sau đây gọi là „hãng bảo hiểm“) tuân thủ theo qui định pháp luật của Cộng hòa Séc (sau đây gọi là „ČR“). Đối với nó là luật về bảo hiểm, tương ứng với những qui định của bộ luật dân sự, những điều kiện bảo hiểm chung này (sau đây gọi là „VPP“) và thỏa thuận hợp đồng. Nếu có một vài điều kiện nêu trên đây có sự khác biệt so với luật thì sẽ áp dụng theo qui định của điều kiện bảo hiểm hoặc cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm.
- 1.2. CZP được thỏa thuận như bảo hiểm thiệt hại và nó là bảo hiểm dành cho các trường hợp bệnh tật theo § 2847 bộ luật dân sự và CZP không được thỏa thuận trong phạm vi bảo hiểm y tế công cộng.
- 1.3. Trong phạm vi CZP có thể thỏa thuận các loại bảo hiểm sau đây, những loại bảo hiểm này sẽ được điều chỉnh thêm ở phần đặc biệt của VPP:
  - A) Bảo hiểm y tế toàn diện dành cho người nước ngoài (sau đây gọi là „KZP“)
  - B) Bảo hiểm y tế trong trường hợp chăm sóc y tế cần thiết và chăm sóc y tế không thể trì hoãn dành cho người nước ngoài (sau đây gọi là „NNP“)
- 1.4. Hợp đồng bảo hiểm CZP là một chứng minh về bảo hiểm du lịch y tế khi cư trú trên 90 ngày theo §180j điều luật số 326/1999 Sb., về cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và những quy định sau này.

#### 2. Qui định chung

- 2.1. Trên cơ sở ký kết hợp đồng bảo hiểm hãng bảo hiểm cam kết cung cấp thực hiện bồi thường bảo hiểm trong trường hợp xảy ra sự vụ có bảo hiểm trong phạm vi thỏa thuận và người bảo hiểm cam kết trả hãng bảo hiểm tiền bảo hiểm. Mức độ cùng tham gia của người có bảo hiểm không được thỏa thuận.
- 2.2. Tiền bảo hiểm được nêu trong hợp đồng bảo hiểm.
- 2.3. Mọi vấn đề pháp lý liên quan đến bảo hiểm phải được viết bằng văn bản. Mọi thay đổi phải thực hiện bằng văn bản, nếu không sẽ không có giá trị. Văn bản được hiểu là văn bản trên giấy và có chữ ký. Trong trường hợp thông báo sự kiện bảo hiểm, đương sự có thể được chấp nhận, nếu thông báo bằng điện thoại thông qua call centrum của hãng bảo hiểm, tin nhắn sms, hoặc thư điện tử email. Ngôn ngữ giao tiếp là tiếng Séc.
- 2.4. Đối tác của hãng bảo hiểm có thể là dịch vụ trợ giúp hoặc hãng bảo hiểm y tế hoạt động tại ČR.
- 2.5. VPP được phát hành bằng tiếng Séc và được dịch sang các ngôn ngữ sau: tiếng Anh, Nga và Việt. Bản chính có tính chất quyết định bằng tiếng Séc.
- 2.6. Quyền lợi và nghĩa vụ từ CZP tuân thủ theo qui định pháp luật của Cộng hòa Séc. Tất cả các tranh chấp phát sinh từ sự kiện bảo hiểm hoặc liên quan đến nó sẽ được giải quyết trước tòa án tại Cộng hòa Séc.

#### 3. Thời gian có bảo hiểm, thời hạn bảo hiểm

- 3.1. Thỏa thuận CZP có thời hạn. Thời gian có bảo hiểm bắt đầu hình thành từ 0h00 ngày thỏa thuận là ngày bắt đầu bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm, nhưng sớm nhất từ 0h00 ngày đầu tiên sau ngày ký hợp đồng và hết giá trị vào 24h00 ngày thỏa thuận là ngày hết bảo hiểm trong hợp đồng bảo hiểm. Trong trường hợp thỏa thuận tarif KOMPLEX2, KZP được áp dụng trong thời gian bảo hiểm cho trẻ sơ sinh đến 14 ngày từ ngày sinh ra.
- 3.2. **Trong trường hợp mang thai thời gian chờ đợi được thỏa thuận trong KZP tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến 3 tháng, trong trường hợp sinh đẻ thời gian chờ đợi được thỏa thuận trong KZP tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến 8 tháng** - thời gian chờ đợi này không áp dụng trong trường hợp thỏa thuận tarif KOMPLEX2 trong KZP.
- 3.3. **Trong trường hợp chăm sóc điều dưỡng thời gian chờ đợi được thỏa thuận trong KZP tính từ ngày bắt đầu bảo hiểm đến 36 tháng.**
- 3.4. Hợp đồng bảo hiểm có hiệu lực sớm nhất kể từ lúc thanh toán một lần toàn bộ tiền bảo hiểm, nếu

nếu trong hợp đồng bảo hiểm không được thỏa thuận khác.

3.5. CZP không được gián đoạn, nếu không có thỏa thuận khác.

#### 4. Lãnh thổ có giá trị của bảo hiểm

- 4.1. Bảo hiểm chỉ áp dụng cho các sự kiện xảy ra hợp pháp có giá trị trên lãnh thổ ČR hoặc trên lãnh thổ các nước Schengen.
- 4.2. Ngoài lãnh thổ ČR bảo hiểm chỉ được áp dụng trong trường hợp đi du lịch mà không có mục đích đi làm việc, kinh doanh kể cả làm việc, kinh doanh ngắn hạn, và bảo hiểm chỉ được áp dụng trong trường hợp chăm sóc y tế cần thiết và chăm sóc y tế không thể trì hoãn bao gồm cả chi phí liên quan đến vận chuyển, chuyên chở đến bệnh viện gần nhất, hoặc bác sĩ.

#### 5. Tiền bảo hiểm

- 5.1. Tiền bảo hiểm là khoản thanh toán cho sự cung cấp bảo hiểm. Mức tiền bảo hiểm được tính trên cơ sở biểu giá của hãng bảo hiểm cho từng loại bảo hiểm dựa theo qui tắc toán học bảo hiểm.
- 5.2. Tiền bảo hiểm được ấn định cho toàn bộ thời gian thỏa thuận bảo hiểm (tiền bảo hiểm một lần), nếu trong hợp đồng bảo hiểm không thỏa thuận khác.
- 5.3. Tiền bảo hiểm một lần phải thanh toán đầy đủ trong ngày thỏa thuận hợp đồng. Hãng bảo hiểm có quyền hưởng lệ phí trong suốt thời gian bảo hiểm tính từ ngày thỏa thuận, ký hợp đồng.

#### 6. Bồi thường bảo hiểm

- 6.1. Hãng bảo hiểm bồi thường bảo hiểm tối đa đến mức theo thỏa thuận, giới hạn và các giới hạn phụ với sự tôn trọng loại trừ bảo hiểm cho người có thẩm quyền, sau khi trình các giấy tờ gốc theo quy định, hoặc trực tiếp cho cơ sở y tế có thẩm quyền được thỏa thuận.
- 6.2. Việc bồi thường bảo hiểm được chi trả trong vòng 15 ngày kể từ ngày hãng bảo hiểm kết thúc điều tra bắt buộc để xác định mức độ thực hiện nghĩa vụ của mình. Hãng bảo hiểm có trách nhiệm kết thúc việc điều tra trong vòng 3 tháng kể từ khi được thông báo có sự vụ liên quan đến việc đòi bồi thường bảo hiểm. **Nếu không thể kết thúc được việc điều tra trong thời hạn trên, hãng bảo hiểm phải có trách nhiệm thông báo cho người có thẩm quyền với việc bồi thường lý do tại sao không kết thúc được việc điều tra và tạm ứng theo yêu cầu một số tiền tương đương, nếu không có lý do chính đáng để từ chối. Thời gian điều tra không tính, nếu việc điều tra bị cản trở bởi người có thẩm quyền, người bảo hiểm hoặc người có bảo hiểm.**
- 6.3. Việc bồi thường bảo hiểm được thực hiện trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và bằng tiền nội tệ, không phải tiền mặt, nếu trong hợp đồng bảo hiểm không được thỏa thuận khác. Để tính cho đồng ngoại tệ, dùng tỷ giá hối đoái Ngân hàng trung ương nhà nước Séc CNB vào ngày làm việc thứ nhất trong tháng, khi xảy ra sự kiện bảo hiểm.
- 6.4. Hãng bảo hiểm có quyền giảm mức bồi thường bảo hiểm thiệt hại tương đương với mức bồi thường do bên thứ ba đã, hoặc sẽ thanh toán thay thế thiệt hại bắt buộc từ sự vụ bảo hiểm.

#### 7. Hủy bỏ bảo hiểm

- 7.1. **Nếu bảo hiểm hết giá trị trước ngày có hiệu lực bảo hiểm thì hãng bảo hiểm sẽ trả lại cho người mua bảo hiểm tiền bảo hiểm sau khi nộp lại tất cả các văn bản đã cấp trừ đi chi phí liên quan việc thành lập và quản lý bảo hiểm, thông thường ở mức 20% tiền bảo hiểm đã nhận được.**
- 7.2. Bảo hiểm hết giá trị khi người được bảo hiểm tử vong (không áp dụng cho mức KOMPLEX2), vào ngày từ chối hồi hương bởi người được bảo hiểm hoặc bởi người có thẩm quyền, đại diện theo luật pháp, kết thúc hết hạn visa ở ČR, hoặc đã bị từ chối nộp đơn gia hạn visa để ở lại ČR.
- 7.3. Bảo hiểm hết giá trị vào ngày được thỏa thuận theo văn bản của hãng bảo hiểm với người làm bảo hiểm hoặc hết thời hạn như hai bên đã thỏa thuận.

#### 8. Quyền lợi và nghĩa vụ của người làm bảo hiểm và người có bảo hiểm

- 8.1. Trong trường hợp bảo hiểm cho việc nguy hiểm có bảo hiểm của người khác, người làm bảo hiểm có trách nhiệm giới thiệu cho người có bảo hiểm quyền lợi và trách nhiệm trong nội dung của hợp đồng bảo hiểm, các nguy cơ có liên quan đến bảo hiểm của người đó.
- 8.2. Người làm bảo hiểm hoặc người có bảo hiểm ngoài những trách nhiệm theo qui định của pháp

luật cần phải:

- a) trả lời trung thực và đầy đủ các văn bản câu hỏi của hãng bảo hiểm cung cấp ban đầu
- b) ngay lập tức báo cáo cho công ty bảo hiểm các thay đổi số liệu trong hợp đồng bảo hiểm và trong văn bản câu hỏi của hãng bảo hiểm
- c) để ý, sao cho sự việc bảo hiểm không xảy ra và làm tất cả để nó không xảy ra hoặc làm giảm đến mức tối đa hậu quả của nó
- d) theo lời khuyên của đối tác hãng bảo hiểm, lời khuyên của hãng bảo hiểm trong sách hướng dẫn, VPP và hợp đồng bảo hiểm
- e) trong trường hợp dịch vụ trợ giúp hoặc hãng bảo hiểm không chi trả trực tiếp, phải thông báo bằng văn bản cho hãng bảo hiểm ngay sau khi xảy ra sự vụ bảo hiểm, không chậm trễ điền và gửi cho hãng bảo hiểm thông báo đã điền đầy đủ của sự vụ bảo hiểm và những giấy tờ theo yêu cầu, trong trường hợp hãng bảo hiểm yêu cầu cung cấp những thông tin về sự vụ bảo hiểm và những giấy tờ cần thiết khác; tất cả các giấy tờ được trình phải viết bằng tiếng Anh, tiếng Đức hoặc tiếng Séc – nếu không hãng bảo hiểm sẽ bố trí dịch và người có bảo hiểm phải chịu chi phí đó;
- f) cung cấp cho hãng bảo hiểm tất cả những thông tin trung thực về sự hình thành, quá trình và hậu quả của sự vụ có bảo hiểm và trong trường hợp có nghi ngờ, chứng minh cho hãng bảo hiểm quyền đòi bồi thường bảo hiểm;
- g) hợp tác cần thiết với hãng bảo hiểm trong quá trình điều tra sự việc có bảo hiểm, đặc biệt là thông báo cho hãng bảo hiểm về những hãng bảo hiểm khác nếu có và số tiền bảo hiểm thỏa thuận ở những hợp đồng bảo hiểm khác, với cùng sự vụ bảo hiểm giống nhau;
- h) theo yêu cầu của hãng bảo hiểm hủy bỏ nghĩa vụ im lặng của người thứ ba (đặc biệt là bác sĩ) về những sự việc liên quan đến sự vụ bảo hiểm;
- i) đảm bảo đối với người khác quyền thanh toán thiệt hại gây ra bởi sự vụ có bảo hiểm hoặc quyền tương tự khác, và bằng văn bản chuyển quyền đó sang cho hãng bảo hiểm tới hạn mức đã được đền bù hoặc sẽ được đền bù.

8.3. Nếu xảy ra sự vụ có ngoài những trách nhiệm theo phần chung người được bảo hiểm cần phải:

- a) làm tất cả những gì có thể được yêu cầu hợp lý giảm thiểu những hậu quả sự vụ có bảo hiểm;
- b) nếu tình trạng sức khỏe cho phép, luôn luôn và không chậm trễ liên hệ với đối tác của hãng bảo hiểm hoặc hãng bảo hiểm, thực hiện theo hướng dẫn của họ và khi được yêu cầu phải trải qua kiểm tra sức khỏe trong một cơ sở y tế đã được đối tác hãng bảo hiểm chỉ định;
- c) xuất trình thẻ bảo hiểm nếu cần thiết tìm kiếm bác sĩ;
- d) làm theo hướng dẫn của bác sĩ và chương trình điều trị;
- e) phải điều trị hoặc kiểm tra y tế tại chỗ đã được đối tác hãng bảo hiểm hoặc hãng bảo hiểm chỉ định;
- f) các đối tác hãng bảo hiểm sắp xếp cho hồi hương nếu tình trạng sức khỏe cho phép hoặc thời gian chữa bệnh, điều trị vượt quá thời hạn bảo hiểm;
- g) theo yêu cầu của hãng bảo hiểm hủy bỏ nghĩa vụ im lặng của nhà cung cấp dịch vụ y tế và cung cấp văn bản cho phép hãng bảo hiểm để lấy thông tin, các thông tin này thuộc về nghĩa vụ im lặng của cơ sở y tế, các hãng bảo hiểm thương mại và bảo hiểm sức khỏe, cảnh sát CR và Bộ nội vụ nhưng nó cũng rất cần thiết cho việc điều tra của hãng bảo hiểm trong trường hợp sự vụ bảo hiểm.

8.4. Nếu cơ sở y tế không phải đối tác của hãng bảo hiểm, và họ yêu cầu người được bảo hiểm thanh toán chi phí thì người được bảo hiểm cần phải:

- a) lấy nguyên bản của tất cả các tài liệu cần thiết và không chậm trễ chuyển cho đối tác của hãng bảo hiểm hoặc hãng bảo hiểm;
- b) thanh toán chi phí bằng tiền mặt một cách hợp lý, chính xác cho cơ sở y tế không phải đối tác của hãng bảo hiểm đó.

8.5. Thông báo sự vụ có bao gồm cả phụ lục phải có:

- a) ngày tháng chính xác, nơi, tình huống và nguyên nhân sự vụ có và phạm vi của sự kiện;
- b) bản báo cáo y tế gốc hoặc tài liệu khác mô tả tình trạng sức khỏe người được bảo hiểm bao gồm các mã số chẩn đoán, danh sách đầy đủ về thủ tục y tế được thực hiện với các mô tả, mã số, số điểm hoặc với giá cả và ngày thực hiện, tên và số lượng thuốc được quy định bao gồm giá cả, danh sách dụng cụ y tế được sử dụng và các dịch vụ khác bao gồm giá cả; tài liệu gốc (hoá đơn, biên nhận), chứng từ thanh toán trong đó ghi rõ số tiền và ghi rõ trả tiền cho việc gì;
- c) bản sao của đơn thuốc do bác sĩ cấp khi điều trị ngoại trú;
- d) trả tiền chi phí có ghi rõ số tiền và trả tiền cho việc gì.

Hãng bảo hiểm có thể yêu cầu thêm tài liệu khác ví dụ biên bản của cảnh sát, giấy chứng nhận tử vong, v.v...

- 8.6. Người làm bảo hiểm, người có bảo hiểm hoặc người có thẩm quyền có quyền khiếu nại đến bộ phận kiểm tra của hãng bảo hiểm hoặc Ngân hàng trung ương nhà nước Séc CNB (phòng điều tiết và giám sát các hãng bảo hiểm).

## 9. Quyền lợi và nghĩa vụ của hãng bảo hiểm

- 9.1. Hãng bảo hiểm có quyền giảm mức đền bù trong trường hợp người có bảo hiểm không tuân thủ những nghĩa vụ đã được thỏa thuận, đặc biệt là trong trường hợp thông báo muộn sự vụ có bảo hiểm và trong trường hợp thông báo không đầy đủ dữ liệu cho sự vụ có bảo hiểm, làm khó khăn cho việc điều tra mức độ tổn thất.
- 9.2. Hãng bảo hiểm có quyền đòi đền bù, với mọi chi phí, kể cả chi phí điều tra sự vụ, khi sự vụ xảy ra là không có thật, hoặc bịa đặt thô bạo, hoặc cố tình im lặng.
- 9.3. Hãng bảo hiểm ngoài nghĩa vụ theo quy định luật pháp còn có nghĩa vụ cung cấp bản sao cho người làm bảo hiểm theo yêu cầu khi bị phá hủy hoặc bị mất hợp đồng bảo hiểm hoặc thẻ bảo hiểm, người đóng bảo hiểm trả tiền chi phí.

## 10. Thư từ bảo đảm

- 10.1. Hãng bảo hiểm gửi thư bảo đảm qua đường bưu điện hoặc bằng hình thức phù hợp khác
- 10.2. Nếu người nhận thư vắng mặt, mặc dù người nhận có ở tại địa điểm nhận thư, thư từ được giao cho một người lớn sống cùng căn hộ hoặc cùng một nhà, cùng chỗ kinh doanh hoặc người làm cùng công sở, nếu người đó sẵn sàng chuyển thư. Nếu ngay cả như vậy cũng không gửi được thư thì bưu điện sẽ lưu lại thư bảo đảm, bằng hình thức thích hợp mời người nhận thư đến nhận. Nếu người nhận không đến nhận, thì hãng xem như đã nhận trong vòng 3 ngày làm việc đối với trong nước và 15 ngày làm việc đối với nước ngoài. Nếu không có xác định khác, coi như là người nhận thư cư trú tại địa chỉ đó. Trong trường hợp thư trả lại cho hãng bảo hiểm, với lý do người nhận đã chuyển đi nơi khác, thì hãng xem ngày nhận lại như ngày người nhận đã nhận được.

## Phần đặc biệt

### Phần A

Bảo hiểm y tế toàn diện dành cho người nước ngoài (sau đây gọi là „KZP“)

### Chương 1 - Giải thích các khái niệm

1. **Chăm sóc y tế toàn diện** có nghĩa là chăm sóc y tế cung cấp cho người được bảo hiểm với mục đích duy trì sức khỏe như thời trước khi thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm. Chăm sóc y tế toàn diện bao gồm điều trị ngoại trú, nội trú và chẩn đoán, dịch vụ phòng bệnh, nhà thương thí, cấp cứu và cứu hộ, cung cấp thuốc, vận chuyển bệnh nhân, trong trường hợp hồi hương và vận chuyển hài cốt người được bảo hiểm. Trong tarif KOMPLEX2 có thêm dịch vụ liên quan đến khám thai những bà mẹ có bảo hiểm và sinh con của họ. Cung cấp chăm sóc y tế toàn diện được đảm bảo trong các cơ sở y tế có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm (tức là các cơ sở tại ČR đã ký hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm về việc cung cấp liên quan đến bảo hiểm này), tối đa trong phạm vi dịch vụ y tế tiêu chuẩn trả tiền từ bảo hiểm y tế công cộng tại ČR (tức là tối đa trong phạm vi dịch vụ y tế được trả tiền hoàn toàn từ bảo hiểm y tế công cộng tại ČR, trong trường hợp thuốc men có thể trả một phần, và cung cấp hoặc thanh toán mà không cần thiết bác sĩ phải xem xét, hội đồng chuyên gia hoặc một cơ quan bảo hiểm y tế khác - lệ phí quy định và phụ thu không được tính là thanh toán cho dịch vụ y tế).
2. **Chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn**, được hiểu là chăm sóc y tế cung cấp cho người được bảo hiểm hoặc trẻ sơ sinh được bảo hiểm trong trường hợp tarif KOMPLEX2. Chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn bao gồm dịch vụ y tế khẩn cấp và dịch vụ cấp cứu, bao gồm chỉ định bác sĩ vận chuyển đến nơi cơ sở y tế chuyên môn thích hợp gần nhất, chẩn đoán và thủ tục điều trị bao gồm kiểm tra cần thiết, thực hiện y tế cần thiết và không thể trì hoãn gồm có thuốc cần thiết và vật liệu y tế, nhập viện khi cần thiết cho đến khi không cần, và tối đa trong phạm vi chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn được trả tiền hoàn toàn từ bảo hiểm y tế công cộng tại ČR.

Đồng thời số tiền bồi thường cho cơ sở y tế không có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm (hoặc trong một nước thành viên Schengen) không được vượt quá phạm vi trả tiền thông thường từ bảo hiểm y tế công cộng tại ČR (hoặc trong một nước thành viên Schengen khác), nơi xảy ra sự kiện chăm sóc y tế.

3. **Sinh con của người bảo hiểm** là một sự vụ chăm sóc y tế, bắt đầu từ việc đầu tiên liên quan đến sinh nở và không nằm trong dịch vụ chăm sóc thai nhi.

## **Chương 2 – Mục đích, chủ thể của bảo hiểm**

1. Mục đích bảo hiểm là chi phí dịch vụ y tế cung cấp cho người được bảo hiểm trong phạm vi chăm sóc y tế toàn diện tối đa. Phạm vi bảo hiểm phụ thuộc vào loại cư trú của người được bảo hiểm, vào nơi ở, vào nhà cung cấp dịch vụ đó là một trong hai cơ sở y tế một là cơ sở y tế có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm và hai là cơ sở y tế không có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm.
2. Những chi phí này nhằm làm tốt hơn tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm hoặc cần thiết để ngăn chặn những điều bất lợi trong sức khỏe của người được bảo hiểm.

## **Chương 3 - Những người được bảo hiểm**

1. Bảo hiểm chỉ có thể làm cho người nước ngoài với tình trạng sức khỏe tốt.
2. Không thể làm bảo hiểm cho những người bị rối loạn thần kinh nghiêm trọng, những người bị bệnh tâm thần, những người bị điếc (cả hai tai), bị mù (cả hai mắt), bị liệt, những người nghiện ma túy, nghiện rượu, nghiện thuốc, bị xơ gan, bị ung thư, bị khối u ác tính (karcinom), bệnh lao, lọc máu thận, nhiễm HIV, AIDS.
3. Trong trường hợp của những người không thể làm bảo hiểm sẽ không làm hợp đồng bảo hiểm.

## **Chương 4 - Sự vụ bảo hiểm**

1. Sự vụ bảo hiểm là trường hợp bệnh, tai nạn hoặc thay đổi tình trạng sức khỏe mà khiến cho sự cần thiết phải cung cấp dịch vụ y tế cho người được bảo hiểm hoặc dịch vụ trợ giúp phù hợp với phạm vi bảo hiểm đã được thỏa thuận. Đó là các trường hợp mà người được bảo hiểm phải thanh toán chi phí cho cơ sở y tế về việc dịch vụ y tế đã được cung cấp hoặc trường hợp mà người được bảo hiểm phải thanh toán chi phí cho nhà cung cấp về việc dịch vụ trợ giúp.
2. Mục đích bồi thường bảo hiểm là các chi phí cần thiết và phù hợp, hợp lý và chứng minh được áp dụng theo quy định của pháp luật và y tế, đó là chi phí dành cho:
  - a) chăm sóc y tế toàn diện được cung cấp bởi cơ sở y tế có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm;
  - b) trường hợp chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn được cung cấp bởi cơ sở y tế không có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm chỉ trong phạm vi cần thiết hoặc cho đến khi sức khỏe người được bảo hiểm cho phép vận chuyển đến cơ sở y tế có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm hoặc hồi hương;
  - c) dịch vụ y tế cho trẻ sơ sinh được bảo hiểm trong trường hợp tarif KOMPLEX2;
  - d) hồi hương người được bảo hiểm khi bệnh nhân được sắp xếp bởi đối tác của hãng bảo hiểm;
  - e) hồi hương hài cốt của người được bảo hiểm được sắp xếp bởi đối tác của hãng bảo hiểm.
3. Các sự vụ bảo hiểm phát sinh từ một nguyên nhân và liên quan đến tất cả các thực tế và hậu quả của nó, trong đó có nguyên nhân, thời gian và liên kết trực tiếp khác, được tính là một sự vụ của bảo hiểm.

## **Chương 5 – Đền bù bảo hiểm**

1. Bảo hiểm được thỏa thuận trong phạm vi chăm sóc y tế toàn diện được cung cấp trong phạm vi mức tối đa của bảo hiểm y tế công cộng với những loại trừ bảo hiểm được thỏa thuận với các giới hạn đền bù bảo hiểm.
2. Bảo hiểm bao gồm:
  - a) điều trị y tế ngoại trú;
  - b) thời gian nằm viện tiêu chuẩn ở trong phòng thông thường cho đến khi cần thiết được hỗ trợ bởi bản báo cáo y tế;
  - c) vật liệu băng bó dựa trên đơn của bác sĩ;
  - d) các biện pháp, phương tiện, chữa trị cho chân tay theo quy định của y tế;
  - e) chẩn đoán X-quang;

- f) chi phí vận chuyển được chỉ định đến bệnh viện gần nhất hoặc đến bác sĩ;
  - g) phẫu thuật khẩn cấp;
  - h) các loại thuốc ngoại trú được bác sĩ kê đơn đứng tên của người được bảo hiểm liên quan đến việc cung cấp dịch vụ y tế tới mức bảo hiểm được thỏa thuận ngoại trừ các trường hợp loại trừ được nêu trong VPP này và đến giới hạn tối đa quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Số tiền bồi thường tối đa cho các chi phí thuốc ngoại trú mà được bác sĩ kê đơn cho người được bảo hiểm bằng số tiền bồi thường cho các chi phí thuốc này từ bảo hiểm y tế công cộng tại ČR, hiện hành đang được nêu trong quy định MZ (danh sách thuốc được bảo hiểm trả toàn phần hoặc một phần từ bảo hiểm y tế);
  - i) chăm sóc của bệnh viện liên quan đến bệnh tật và tai nạn mà nguyên nhân phát sinh sau khi bảo hiểm có hiệu lực;
  - j) điều trị dị ứng khi nó là sự xuất hiện đầu tiên của dị ứng loại này bao gồm cả kiểm tra dị ứng cần thiết và miễn dịch cần thiết - không bao gồm các loại thuốc và các biện pháp hỗ trợ liên quan đến chẩn đoán;
  - k) nếu tại thời điểm sự vụ có bảo hiểm KOMPLEX2 có hiệu lực hoặc đã kết thúc thời gian chờ đợi cho mức đóng KOMPLETEX tất cả chi phí liên quan đến dịch vụ y tế mà người được bảo hiểm phải trải qua liên quan đến thai nhi và sinh con tại cơ sở y tế có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm hoặc trong một cơ sở khác đã được hãng bảo hiểm chấp thuận trước;
  - l) trong trường hợp mức KOMPLEX2 chăm sóc trẻ sơ sinh trong vòng 14 ngày sau khi chào đời;
  - m) khám nha khoa để loại trừ cơn đau, làm răng đơn giản;
  - n) hãng bảo hiểm cung cấp bồi thường bằng cách cung cấp dịch vụ hỗ trợ như sự hồi hương người được bảo hiểm khi bị bệnh hoặc hồi hương hài cốt của người được bảo hiểm được sắp xếp bởi đối tác của hãng bảo hiểm sau khi bác sĩ điều trị của người được bảo hiểm chấp thuận hoặc bác sĩ chuyên nghiệp của đối tác hãng bảo hiểm, đến đất nước mà người được bảo hiểm có phép cư trú hoặc theo hộ chiếu của người được bảo hiểm là công dân.
3. Bảo hiểm cũng áp dụng cho dịch vụ y tế, phòng chống trong phạm vi sau đây:
- a) mỗi năm một lần cho người lớn và trẻ em dưới 18 tuổi kiểm tra phòng chống với bác sĩ tổng thể;
  - b) mỗi năm một lần cho phụ nữ từ 15 năm tuổi có thể kiểm tra phòng chống phụ khoa;
  - c) mỗi năm một lần kiểm tra phòng chống nha khoa;
  - d) **tiêm phòng bắt buộc đến giới hạn tối đa 1000,- Kč mỗi năm.**
4. **Giới hạn bồi thường thỏa thuận cho một sự vụ bảo hiểm là 60.000EUR, nếu như trong hợp đồng bảo hiểm không có những thỏa thuận khác.**

## Chương 6 - Loại trừ bảo hiểm

1. **Bảo hiểm không áp dụng cho những sự vụ:**
  - a) trước khi thanh toán phí bảo hiểm;
  - b) ngoài lãnh thổ ČR mục đích không phải là đi du lịch.
2. **Hãng bảo hiểm không có trách nhiệm phải đền bù bảo hiểm trong các trường hợp:**
  - a) bệnh tật và thương tích xảy ra trong các sự kiện chiến tranh, nội chiến, tình trạng bất ổn dân sự, hành vi bạo lực bao gồm cả khủng bố, mà liên quan đến người được bảo hiểm; phát tán phóng xạ, phản ứng hạt nhân nguyên tử hoặc ô nhiễm phóng xạ; ảnh hưởng của vũ khí hóa học hay sinh học;
  - b) thụ thai nhân tạo, khám và chữa trị bệnh vô sinh, điều trị triệt sản, phòng chống có thai và diễn biến liên quan đến nó, phá thai mà không có dấu hiệu nghiêm trọng;
  - c) chăm sóc thân thể, hoặc di chuyển tại viện điều dưỡng, viện chữa bệnh, v.v...
  - d) khám chữa sắc đẹp và hậu quả của nó và chỉnh hình hoặc hậu phẫu, châm cứu hoặc vi lượng đồng căn, làm và sửa chữa răng, tạo và sửa những bộ phận nhân tạo, kính, áp tròng, xe lăn điện, máy trợ thính, điều trị các khuyết tật phát âm, tiếng nói;
  - e) khám và điều trị các rối loạn tâm thần và tâm lý không liên quan đến điều trị chấn thương hoặc bệnh tật mà bảo hiểm được áp dụng; kiểm tra và điều trị tâm lý; điều trị nghiện bao gồm cả xét nghiệm;
  - f) khám và điều trị các bệnh tình dục hoặc SIDA và bao gồm cả xét nghiệm HIV;
  - g) chữa trị ngoài cơ sở y tế, do bác sĩ hoặc y tá có không có bằng cấp chuyên môn thực hiện, hoặc cách chữa trị không được khoa học hoặc y khoa công nhận hoặc trong cơ sở y tế mà thông thường không được cung cấp dịch vụ cho công dân của ČR (ví dụ như phòng khám tư nhân);

- h) phục hồi chức năng, điều trị, đào tạo và thực hành khả năng tự túc, ngoại trừ thực hiện sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật;
- i) điều trị suy thận mãn tính bằng cách chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc, điều trị bệnh đái tháo đường và các rối loạn đông máu khác, điều trị insulin (với ngoại lệ điều trị bệnh tiểu đường cho người được bảo hiểm đến 15 tuổi và cấp cứu), virus viêm gan nếu được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tính từ bắt đầu bảo hiểm, ghép nội tạng, điều trị học môn tăng trưởng, điều trị các khuyết tật bẩm sinh, bệnh hoặc chấn thương phát hiện trước khi bắt đầu bảo hiểm;
- j) bệnh tật và chấn thương xảy ra khi hoạt động cuộc thi đấu thể thao công khai, trò chơi hoặc cuộc đua trong bất kỳ môn thể thao nào, hoạt động thể thao chuyên nghiệp. Loại trừ này không áp dụng trong trường hợp người đóng bảo hiểm có thỏa thuận mức KOMPLEX+;
- k) các sự vụ, có biểu hiện xảy ra trước khi thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm được ký, hoặc người được bảo hiểm, hoặc người làm bảo hiểm được biết trước khi có thỏa thuận ký hợp đồng bảo hiểm;
- l) các sự vụ khi người có bảo hiểm vào ČR hoặc nước thành viên Schengen khác, với mục đích chỉ nhằm lợi dụng sử dụng dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật tại đây;
- m) các sự vụ xảy ra sau khi đã từ chối khám bệnh, do hãng bảo hiểm hoặc đối tác của hãng bảo hiểm chỉ định;
- n) thanh toán tiền thuốc hoặc phương tiện y tế khác mà không do bác sĩ kê đơn;
- o) dịch vụ chăm sóc cho trẻ sơ sinh mới chào đời của người được bảo hiểm trong thời gian bảo hiểm nếu không có mức thỏa thuận KOMPLEX2.

## Phần B

**Bảo hiểm y tế cần thiết và chăm sóc y tế không thể trì hoãn cho người nước ngoài (sau đây chỉ là „NNP”)**

### Chương 1 - Giải thích các khái niệm

1. **Chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn** có nghĩa là chăm sóc y tế cho người được bảo hiểm. Chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn bao gồm dịch vụ y tế khẩn cấp và dịch vụ cấp cứu, bao gồm chỉ định bác sĩ vận chuyển đến nơi cơ sở y tế chuyên môn thích hợp gần nhất, chẩn đoán và thủ tục điều trị bao gồm kiểm tra cần thiết, thực hiện y tế cần thiết và không thể trì hoãn gồm có thuốc cần thiết và vật liệu y tế, nhập viện khi cần thiết cho đến khi không cần, và tối đa trong phạm vi chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn được trả tiền hoàn toàn từ bảo hiểm y tế công cộng tại ČR. Đồng thời số tiền bồi thường cho cơ sở y tế không có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm (hoặc trong một nước thành viên Schengen) không được vượt quá phạm vi trả tiền thông thường từ bảo hiểm y tế công cộng tại ČR (hoặc trong một nước thành viên Schengen khác), nơi xảy ra sự kiện chăm sóc y tế.

### Chương 2 – Mục đích, chủ thể của bảo hiểm

1. Mục đích, chủ thể của bảo hiểm là chi phí dịch vụ y tế cung cấp cho người được bảo hiểm trong phạm vi chăm sóc y tế cần thiết tối đa. Phạm vi bảo hiểm phụ thuộc vào loại cư trú của người được bảo hiểm.

### Chương 3 - Những người được bảo hiểm

1. Bảo hiểm chỉ có thể làm cho người nước ngoài với tình trạng sức khỏe tốt.
2. Không thể làm bảo hiểm cho những người bị rối loạn thần kinh nghiêm trọng, những người bị bệnh tâm thần, những người bị điếc (cả hai tai), bị mù (cả hai mắt), bị liệt, những người nghiện ma túy, nghiện rượu, nghiện thuốc, bị xơ gan, bị ung thư, bị khối u ác tính (karcinom), bệnh lao, lọc máu thận, nhiễm HIV, AIDS.
3. Trong trường hợp của những người không thể làm bảo hiểm sẽ không làm hợp đồng bảo hiểm.

### Chương 4 - Sự vụ bảo hiểm

1. Sự vụ bảo hiểm là trường hợp bệnh, tai nạn hoặc thay đổi tình trạng sức khỏe mà khiến cho sự cần thiết phải cung cấp dịch vụ y tế cho người được bảo hiểm hoặc dịch vụ trợ giúp phù hợp với phạm vi bảo hiểm đã được thỏa thuận. Đó là các trường hợp mà người được bảo hiểm phải thanh toán chi phí cho cơ sở y tế về việc dịch vụ y tế đã được cung cấp hoặc trường hợp mà người được bảo hiểm phải thanh toán chi phí cho nhà cung cấp về việc dịch vụ trợ giúp.

2. Mục đích bồi thường bảo hiểm là các chi phí cần thiết và phù hợp, hợp lý và chứng minh được áp dụng theo quy định của pháp luật và y tế, đó là chi phí dành cho:
  - a) chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn được cung cấp bởi cơ sở y tế có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm;
  - b) trường hợp chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn được cung cấp bởi cơ sở y tế không có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm, và chỉ trong phạm vi cần thiết hoặc cho đến khi sức khỏe người được bảo hiểm cho phép vận chuyển đến cơ sở y tế có hợp đồng cùng với hãng bảo hiểm hoặc hồi hương;
  - c) hồi hương người được bảo hiểm khi bệnh nhân được sắp xếp bởi đối tác của hãng bảo hiểm;
  - d) hồi hương hài cốt của người được bảo hiểm được sắp xếp bởi đối tác của hãng bảo hiểm.
3. Các sự vụ có bảo hiểm phát sinh từ một nguyên nhân và liên quan đến tất cả các thực tế và hậu quả của nó, trong đó có nguyên nhân, thời gian và liên kết trực tiếp khác, được tính chung là một sự vụ có bảo hiểm.

## Chương 5 – Bồi thường bảo hiểm

1. Bảo hiểm được thỏa thuận trong phạm vi chăm sóc y tế cần thiết và không thể trì hoãn được cung cấp trong phạm vi mức tối đa của bảo hiểm y tế công cộng với những loại trừ bảo hiểm được thỏa thuận với các giới hạn đền bù bảo hiểm.
2. Bảo hiểm bao gồm:
  - a) điều trị y tế ngoại trú;
  - b) thời gian nằm viện tiêu chuẩn phòng thông thường cho đến khi cần thiết được hỗ trợ bởi bản báo cáo y tế;
  - c) vật liệu băng bó dựa trên đơn của bác sĩ;
  - d) các biện pháp, phương tiện, chữa trị cho chân tay theo quy định của y tế;
  - e) chẩn đoán X-quang;
  - f) chi phí vận chuyển chỉ định đến bệnh viện gần nhất hoặc đến bác sĩ;
  - g) phẫu thuật khẩn cấp;
  - h) các loại thuốc ngoại trú được bác sĩ kê đơn đứng tên của người được bảo hiểm liên quan đến việc cung cấp dịch vụ y tế tới mức bảo hiểm được thỏa thuận ngoại trừ các trường hợp loại trừ được nêu trong VPP này và đến giới hạn tối đa quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Số tiền bồi thường tối đa cho các chi phí thuốc ngoại trú mà được bác sĩ kê đơn cho người được bảo hiểm bằng số tiền bồi thường cho các chi phí thuốc này từ bảo hiểm y tế công cộng tại ČR, hiện hành đang được nêu trong quy định MZ (danh sách thuốc được bảo hiểm trả toàn phần hoặc một phần từ bảo hiểm y tế);
  - i) khám nha khoa để loại trừ cơn đau, làm răng đơn giản;
  - j) hãng bảo hiểm cung cấp bồi thường bằng cách cung cấp dịch vụ hỗ trợ như sự hồi hương người được bảo hiểm khi bị bệnh hoặc hồi hương hài cốt của người được bảo hiểm được sắp xếp bởi đối tác của hãng bảo hiểm sau khi bác sĩ điều trị của người được bảo hiểm chấp thuận hoặc bác sĩ chuyên nghiệp của đối tác hãng bảo hiểm, đến đất nước mà người được bảo hiểm có phép cư trú hoặc theo hộ chiếu của người được bảo hiểm là công dân.
3. **Giới hạn bồi thường thỏa thuận cho một sự vụ bảo hiểm là 60.000EUR, nếu như trong hợp đồng bảo hiểm không có những thỏa thuận khác.**

## Chương 6 - Loại trừ bảo hiểm

1. Bảo hiểm không áp dụng cho những sự vụ:
  - a) trước khi thanh toán phí bảo hiểm;
  - b) ngoài lãnh thổ ČR mục đích không phải là đi du lịch.
2. Hãng bảo hiểm không có trách nhiệm phải đền bù bảo hiểm trong các trường hợp:
  - a) bệnh tật và thương tích xảy ra trong các sự kiện chiến tranh, nội chiến, tình trạng bất ổn dân sự, hành vi bạo lực bao gồm cả khủng bố, mà liên quan đến người được bảo hiểm; phát tán phóng xạ, phản ứng hạt nhân nguyên tử hoặc ô nhiễm phóng xạ; ảnh hưởng của vũ khí hóa học hay sinh học;
  - b) thụ thai nhân tạo, khám và chữa trị bệnh vô sinh, điều trị triệt sản, phòng chống có thai và diễn biến liên quan đến nó, phá thai mà không có dấu hiệu nghiêm trọng;
  - c) chăm sóc thân thể, hoặc di chuyển tại viện điều dưỡng, viện chữa bệnh, v.v...



- d) khám chữa sắc đẹp và hậu quả của nó và chỉnh hình hoặc hậu phẫu, châm cứu hoặc vi lượng đồng căn, làm và sửa chữa răng, tạo và sửa những bộ phận nhân tạo, kính, áp tròng, xe lăn điện, máy trợ thính, điều trị các khuyết tật phát âm, tiếng nói;
- e) khám và điều trị các rối loạn tâm thần và tâm lý không liên quan đến điều trị chấn thương hoặc bệnh tật mà bảo hiểm được áp dụng; kiểm tra và điều trị tâm lý; điều trị nghiện bao gồm cả xét nghiệm;
- f) khám và điều trị các bệnh tình dục hoặc SIDA và bao gồm cả xét nghiệm HIV;
- g) chữa trị ngoài cơ sở y tế, do bác sĩ hoặc y tá có không có bằng cấp chuyên môn thực hiện, hoặc cách chữa trị không được khoa học hoặc y khoa công nhận hoặc trong cơ sở y tế mà thông thường không được cung cấp dịch vụ cho công dân của ČR (ví dụ như phòng khám tư nhân);
- h) phục hồi chức năng, điều trị, đào tạo và thực hành khả năng tự túc, ngoại trừ thực hiện sau chấn thương hoặc sau phẫu thuật;
- i) điều trị suy thận mãn tính bằng cách chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc, điều trị bệnh đái tháo đường bằng huyết và các rắc rối đông máu khác, điều trị insulin (với ngoại lệ điều trị bệnh tiểu đường cho người được bảo hiểm đến 15 tuổi và cấp cứu), virus viêm gan nếu được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tính từ bắt đầu bảo hiểm, ghép nội tạng, điều trị hóc môn tăng trưởng, điều trị các khuyết tật bẩm sinh, bệnh hoặc chấn thương phát hiện trước khi bắt đầu bảo hiểm;
- j) bệnh tật và chấn thương xảy ra khi hoạt động cuộc thi đấu thể thao công khai, trò chơi hoặc cuộc đua trong bất kỳ môn thể thao nào, hoạt động thể thao chuyên nghiệp. Loại trừ này không áp dụng trong trường hợp người đóng bảo hiểm có thỏa thuận mức KOMPLEX+;
- k) các sự vụ, có biểu hiện xảy ra trước khi thỏa thuận hợp đồng bảo hiểm được ký, hoặc người được bảo hiểm, hoặc người làm bảo hiểm được biết trước khi có thỏa thuận ký hợp đồng bảo hiểm;
- l) các sự vụ khi người có bảo hiểm vào ČR hoặc nước thành viên Shengen khác, với mục đích chỉ nhằm lợi dụng sử dụng dịch vụ y tế hoặc phẫu thuật tại đây;
- m) các sự vụ xảy ra sau khi đã từ chối khám bệnh, do hãng bảo hiểm hoặc đối tác của hãng bảo hiểm chỉ định;
- n) thanh toán tiền thuốc hoặc phương tiện y tế khác mà không do bác sĩ kê đơn;
- o) dịch vụ chăm sóc cho trẻ sơ sinh mới chào đời của người được bảo hiểm trong thời gian bảo hiểm nếu không có mức thỏa thuận KOMPLEX2.

Những điều kiện tổng thể của bảo hiểm này có giá trị hiệu lực kể từ ngày 1.1.2014