ĐIỀU KIỆN BẢO HIỂM CHUNG
CỦA BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DIỆN CHO NGƯỜI NƯỚC NGOÀI

MAXIMA POJIŠŤOVNA

từ ngày 1. 7. 2026

Nội dung

ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHUNG VỀ BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DIỆN CHO NGƯỜI NƯỚC NGOÀI (VPP/810-17) 1
ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHUNG CỦA BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM CÔNG DÂN (VPP-C/650-11) 6
ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG DÀNH CHO BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM CÔNG DÂN VỀ THIỆT HẠI (DPP-C/630-11) 8

ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHUNG VỀ BẢO HIỂM Y TẾ TOÀN DIỆN CHO NGƯỜI NƯỚC NGOÀI (VPP/810-17)

Điều 1. Điều khoản giới thiệu

1. Quyền và nghĩa vụ của người tham gia bảo hiểm này được điều chỉnh bởi hệ thống pháp luật của Cộng hòa Séc, đặc biệt là các quy định của điều luật số 326/1999 Sb., về cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ Cộng hòa Séc đã được sửa đổi, điều luật số 89/2012 Sb., theo Bộ luật Dân sự đã được sửa đổi, các điều khoản và điều kiện bảo hiểm này cũng như các điều khoản được nêu trong hợp đồng bảo hiểm hoặc các điều khoản trong hợp đồng.
2. Các bên ký kết một bên là chủ hợp đồng và một bên là công ty bảo hiểm MAXIMA pojišťovna, a.s., có trụ sở đăng ký tại Italská 1583/24, Praha 2, 120 00, mã số kinh doanh: 61328464, đăng ký tại sổ đăng ký thương mại do Tòa án thành phố Praha duy trì, phần B, phụ lục 3314 (sau đây gọi là „công ty bảo hiểm“).
3. Bảo hiểm được thỏa thuận cho các tổn thất, thiệt hại.
4. Bảo hiểm áp dụng cho tất cả các thể loại cư trú của người nước ngoài được pháp luật quy định, ngoại trừ những trường hợp cá nhân là đối tượng bắt buộc phải tham gia bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc theo quy định pháp lý đặc biệt.
5. Bảo hiểm này đáp ứng các điều kiện quy định tại điều luật số 326/1999 Sb., về cư trú của người nước ngoài trên lãnh thổ Cộng hòa Séc đã được sửa đổi, với bảo hiểm y tế toàn diện.

Điều 2. Giải thích từ ngữ

1. **Thời gian chờ đợi** – khoảng thời gian mà công ty bảo hiểm không có nghĩa vụ cung cấp quyền lợi bảo hiểm từ các sự kiện lẽ ra được coi là sự kiện được bảo hiểm. Thời gian chờ đợi chỉ được áp dụng cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp liên quan đến việc mang thai và sinh con, nếu lựa chọn bảo hiểm Premium với Gói Mang thai.
2. **Bên mua bảo hiểm** – là người đã giao kết hợp đồng bảo hiểm và có nghĩa vụ đóng phí bảo hiểm.
3. **Người được bảo hiểm** – một cá nhân không phải là công dân Cộng hòa Séc (sau đây gọi là „Cộng hòa Séc“), có sức khỏe được bảo hiểm chi trả và cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc trên cơ sở giấy phép hợp lệ được cấp theo quy định pháp luật của Cộng hòa Séc.
4. **Người có quyền lợi** – người do hậu quả của một sự kiện bảo hiểm được hưởng quyền lợi bảo hiểm do có những chi phí phát sinh rõ ràng mà việc thanh toán là đối tượng của quyền lợi bảo hiểm.
5. **Sự kiện có hại** – sự việc gây ra tổn thất và có thể là nguyên nhân dẫn đến quyền được bồi thường bảo hiểm.
6. **Sự kiện được bảo hiểm** là sự kiện ngẫu nhiên quy định tại Điều 5, gắn liền với việc phát sinh nghĩa vụ cung cấp quyền lợi bảo hiểm của người bảo hiểm.
7. **Rủi ro bảo hiểm** – nguyên nhân có thể xảy ra thương tích hoặc bệnh tật, ngoại trừ các nguyên nhân và trường hợp được nêu rõ trong phần loại trừ bảo hiểm hoặc không thuộc phạm vi bảo hiểm theo thỏa thuận trong hợp đồng.
8. **Chăm sóc sức khỏe toàn diện** – chăm sóc sức khỏe cho người được bảo hiểm tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe theo hợp đồng của doanh nghiệp bảo hiểm mà không thanh toán trực tiếp chi phí điều trị cho người được bảo hiểm nhằm duy trì tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm từ trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm. Chăm sóc sức khỏe toàn diện cũng bao gồm chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và điều trị thích hợp cũng như chăm sóc sức khỏe liên quan đến việc mang thai và sinh con của người mẹ được bảo hiểm như được xác định chi tiết hơn theo các điều kiện hợp đồng.
9. **Bệnh tật** – tình trạng rối loạn sức khỏe thể chất hoặc tinh thần của người được bảo hiểm, được xác định và phân loại theo tình trạng khoa học y tế được chấp nhận chung.
10. **Chăm sóc sức khỏe cần thiết** – khám bệnh, chẩn đoán, điều trị và điều trị các tình trạng sức khỏe đột ngột (cấp tính), khi xét theo quan điểm y tế, việc chăm sóc sức khỏe phải được cung cấp ngay lập tức hoặc trong thời gian rất ngắn.
11. **Chăm sóc sức khỏe khẩn cấp** – khám bệnh, chẩn đoán, điều trị và điều trị các tình trạng đột ngột (cấp tính) liên quan đến khả năng suy giảm các chức năng sống cơ bản và các tình trạng liên quan, mà theo quan điểm y tế, sự chậm trễ có thể gây tổn hại nghiêm trọng cho sức khỏe hoặc để gây nguy hiểm đến tính mạng.
12. **Tai nạn** – thiệt hại về sức khoẻ hoặc tử vong của người được bảo hiểm, xảy ra do tác động bất ngờ, đột ngột của ngoại lực hoặc sức lực của chính người đó, bất kể ý muốn của người được bảo hiểm, xảy ra trong thời hạn bảo hiểm.
13. **Hồi hương** – vận chuyển người được bảo hiểm hoặc vận chuyển hài cốt của người được bảo hiểm qua đời đến Cộng hòa Séc hoặc đến quốc gia mà người được bảo hiểm sở hữu giấy thông hành hoặc đến quốc gia khác mà người được bảo hiểm có giấy phép cư trú.
14. **Công ty hỗ trợ** – bên thứ ba được đề cập trong hợp đồng bảo hiểm, dựa trên hợp đồng với công ty bảo hiểm, cung cấp dịch vụ hỗ trợ cho người được bảo hiểm trong phạm vi tổng đài và theo các điều kiện quy định trong hợp đồng bảo hiểm và những điều kiện này. điều kiện bảo hiểm. Việc kết nối với công ty hỗ trợ được quy định cụ thể trong hợp đồng bảo hiểm.
15. **Quá cảnh** – vận chuyển người được bảo hiểm bắt đầu (hoặc kết thúc) trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và đi thẳng đến (hoặc từ) quốc gia mà người được bảo hiểm là công dân hoặc quốc gia mà người đó được phép lưu trú, không kéo dài dài hơn 24 giờ và có thể được ghi lại bằng giấy thông hành liên quan hoặc bằng chứng mua nhiên liệu.
16. **Chăm sóc tại bệnh viện** – chăm sóc, mục đích là theo dõi tích cực và lâu dài tình trạng sức khỏe của bệnh nhân có nguy cơ mắc bệnh hoặc tình trạng sức khỏe ngày càng xấu đi, theo diễn biến của bệnh nhân. của bệnh, sự thay đổi về tình trạng sức khỏe như vậy có thể được dự kiến một cách hợp lý, việc phát hiện sớm bệnh này về cơ bản có thể ảnh hưởng đến việc điều trị tiếp theo và sự tiến triển của bệnh.
17. **Khu vực Schengen** – lãnh thổ của các quốc gia ký kết Thỏa thuận Schengen.

Điều 3. Đối tượng bảo hiểm

1. Đối tượng của bảo hiểm là các chi phí hợp lý và cần thiết cho việc chăm sóc sức khỏe phức tạp 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, ngoại trừ các trường hợp loại trừ đã thỏa thuận. Đối tượng của bảo hiểm chỉ là chi phí chăm sóc sức khỏe, giúp bệnh nhân duy trì tình trạng sức khỏe của mình từ trước khi ký kết hợp đồng bảo hiểm theo bộ luật cư trú của người nước ngoài tại Cộng hòa Séc.

2. Đối tượng bảo hiểm, nếu được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, cũng là chi phí chăm sóc y tế 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 Schengen, các quốc gia khu vực 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.
3. Chi phí hồi hương cũng được bảo hiểm chi trả. Trong trường hợp xảy ra sự kiện bảo hiểm tại quốc gia quá cảnh, chỉ chi trả chi phí chăm sóc y tế cần thiết và khẩn cấp.
4. Đối tượng bảo hiểm, nếu được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, cũng là chi phí của người được bảo hiểm cho các chương trình hỗ trợ và sức khỏe vượt tiêu chuẩn MaxCare trong phạm vi điểm 4 của điều 5 và Gói Mang thai trong phạm vi điểm 5 Điều 5.
5. Nếu tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép, việc cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chủ yếu sẽ được cung cấp bởi cơ sở y tế theo hợp đồng của công ty bảo hiểm có tên trên địa chỉ Internet: www.maximapojistovna.cz . Trong các trường hợp khác, việc chăm sóc sức khỏe cho người được bảo hiểm sẽ được cung cấp bởi cơ sở y tế được lựa chọn hoặc bác sĩ có chuyên môn phù hợp.

Điều 4. Phạm vi lãnh thổ

1. Bảo hiểm được đàm phán cho các sự kiện bảo hiểm xảy ra trên lãnh thổ Cộng hòa Séc và tại các quốc gia quá cảnh.
2. Nếu có thỏa thuận như vậy trong hợp đồng bảo hiểm, bảo hiểm cũng được thu xếp cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh trên lãnh thổ các nước thuộc khu vực Schengen ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc.

Điều 5. Sự kiện bảo hiểm, phát sinh thiệt hại, phạm vi yêu cầu bồi thường bảo hiểm

1. Sự kiện bảo hiểm là:
   a) cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khoẻ toàn diện cho người được bảo hiểm do tai nạn hoặc bệnh tật của người được bảo hiểm hoặc liên quan đến việc mang thai và sinh con của người được bảo hiểm trong phạm vi danh sách các dịch vụ y tế do bảo hiểm y tế công cộng chi trả nước Cộng hòa Séc,
   b) việc hồi hương của người được bảo hiểm,
   c) cung cấp các dịch vụ chăm sóc phòng ngừa trong phạm vi điểm 3 của điều này và chăm sóc tại trạm y tế,
   d) cung cấp các dịch vụ y tế đạt tiêu chuẩn và các chương trình hỗ trợ cho người được bảo hiểm trong phạm vi điểm 4 điều này;
   e) Cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe liên quan đến thai kỳ được bảo hiểm trong phạm vi điểm 5 mục này.
2. Chăm sóc sức khoẻ toàn diện 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 có trang thiết bị tiêu chuẩn,
   d) khám thai được bảo hiểm trong thời kỳ mang thai,
   e) sinh con,
   f) kết quả hoạt động cần thiết bao gồm các chi phí cần thiết liên quan,
   g) thiết bị y tế và thuốc được sử dụng hợp lý,
   h) vận chuyển cần thiết về mặt y tế người được bảo hiểm bằng phương tiện vận chuyển 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, trong trường hợp nghiêm trọng được chỉ định bởi Bộ sưu tập Đạo luật 374/2011,
   i) chăm sóc nha khoa nhằm mục đích loại bỏ cơn đau cấp tính hoặc điều trị hậu quả của một vụ tai nạn đến giới hạn quy định trong hợp đồng bảo hiểm,
   j) chăm sóc phục hồi chức năng sau chấn thương tiêu chuẩn do bác sĩ điều trị chỉ định.
3. Chăm sóc dự phòng trong chăm sóc sức khỏe toàn diện bao gồm:
   a) chăm sóc phòng ngừa nhi khoa cho trẻ, nếu được chỉ định là „được bảo hiểm" trong hợp đồng, trong phạm vi Nghị định số 70/2012 Sb.,
   b) mỗi năm một lần khám sức khỏe phòng ngừa với bác sĩ đa khoa,
   c) khám phụ nữ được bảo hiểm bởi bác sĩ phụ khoa mỗi năm một lần,
   d) khám phòng ngừa mỗi năm một lần tại nha sĩ,
   e) cứ bốn năm một lần (đối với bảo hiểm y tế liên tục với công ty bảo hiểm), bác sĩ nhãn khoa sẽ khám phòng ngừa cho người được bảo hiểm trong độ tuổi từ 45 đến 61,
   f) tiêm chủng bắt buộc.
4. Các dịch vụ của chương trình hỗ trợ và sức khỏe cao cấp MaxCare bao gồm:
   a) ngoài phạm vi chăm sóc sức khỏe theo đoạn 2 a) của điều này, việc khám và tư vấn để phát hiện một căn bệnh cụ thể (ví dụ: xét nghiệm máu, nước tiểu, xét nghiệm nội tiết tố, khám da) không được bảo hiểm y tế công chi trả, bao gồm cả việc cấp bản trích lục hồ sơ y tế;
   b) thuốc không kê đơn và thiết bị y tế mua tại các cửa hàng cung cấp thiết bị y tế và hiệu thuốc (không cần đơn thuốc);
   c) tiêm chủng tùy chọn (bao gồm cả việc áp dụng vắc xin), không được bảo hiểm theo tiêu chuẩn của bảo hiểm này (ví dụ: chống nhiễm trùng não mô cầu);
   d) cố định bằng nhựa;
   e) biện pháp tránh thai nội tiết tố;
   f) thiết bị hỗ trợ y tế cho người khuyết tật (ví dụ: xe tập đi, xe lăn, kể cả xe điện);
   g) các kỳ thi không được bảo hiểm y tế công cộng chi trả để xác nhận bằng lái xe, thẻ y tế hoặc cho các hoạt động thể thao.
5. Gói thai kỳ bao gồm:
   a) khám thai tại phòng khám phụ khoa;
   b) kiểm tra trong phòng thí nghiệm mở rộng, tại phòng khám thai, theo nhu cầu cụ thể (tuyến giáp, bệnh toxoplasmosis, đột biến huyết khối, cặn tiết niệu);
   c) thực hiện sàng lọc kết hợp trong quý đầu tiên;
   d) kiểm tra siêu âm chi tiết hình thái thai nhi;
   e) Ảnh 2D của thai nhi;
   f) xác định giới tính của thai nhi.

Điều 6. Thực hiện bảo hiểm

1. Giới hạn trên của quyền lợi bảo hiểm đối với một sự kiện bảo hiểm là giới hạn tương ứng của quyền lợi bảo hiểm được quy định trong hợp đồng bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm cũng có thể quy định tổng giới hạn quyền lợi bảo hiểm cho tất cả các sự kiện được bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm đối với các loại điều trị từng phần hoặc các biến thể bảo hiểm.
2. Sự kiện bảo hiểm được báo cáo cho doanh nghiệp bảo hiểm thông qua công ty hỗ trợ. Trong trường hợp không thể thực hiện được phương pháp thông báo này, sự kiện được bảo hiểm sẽ được thông báo trực tiếp cho công ty bảo hiểm bằng văn bản hoặc qua e-mail. Việc thông báo phải được thực hiện không chậm trễ trong vòng 24 giờ sau khi sự kiện được bảo hiểm xảy ra, nếu sức khỏe của người được bảo hiểm cho phép.
3. Công ty bảo hiểm cung cấp cho người được ủy quyền các quyền lợi bảo hiểm để giải quyết với người được bảo hiểm tại Cộng hòa Séc bằng tiền korun Séc. Trong trường hợp thanh toán bằng ngoại tệ, tỷ giá hối đoái được sử dụng theo tỷ giá trung bình của loại tiền liên quan được CNB công bố vào ngày xảy ra sự kiện bảo hiểm.
4. Thời hạn thanh toán bảo hiểm trong vòng 15 ngày sau khi kết thúc cuộc điều tra cần thiết để xác định phạm vi nghĩa vụ thực hiện của người được bảo hiểm. Cuộc điều tra kết thúc ngay sau khi công ty bảo hiểm thông báo kết quả cho người có thẩm quyền.
5. Doanh nghiệp bảo hiểm chi trả quyền lợi bảo hiểm cho cơ sở y tế, người được bảo hiểm hoặc người khác có bằng chứng rõ ràng về chi phí này.
6. 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.
7. Bảo hiểm cho các sự kiện bảo hiểm phát sinh từ các dịch vụ của chương trình hỗ trợ và sức khỏe MaxCare trên tiêu chuẩn và Gói Mang thai theo Điều 5, điểm 4 và 5 được cung cấp tới tổng hạn mức tối đa quy định cho lựa chọn này trong hợp đồng bảo hiểm . Chi phí được công ty bảo hiểm thanh toán cho người được bảo hiểm khi xuất trình các tài liệu về khoản thanh toán của họ.
8. Bảo hiểm cho các sự kiện được bảo hiểm xảy ra tại các quốc gia quá cảnh hoặc, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trên lãnh thổ của các quốc gia thuộc Khu vực Schengen ngoài Cộng hòa Séc, được cung cấp trong phạm vi và số lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe cần thiết và khẩn cấp, tương ứng. chi phí bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc, trừ khi có thỏa thuận khác với cơ sở y tế.

9. Nếu người được bảo hiểm thanh toán trực tiếp các chi phí tại cơ sở y tế ở Cộng hòa Séc, nơi được hưởng quyền lợi bảo hiểm, người được bảo hiểm phải nộp các tài liệu gốc chứng minh việc xảy ra sự kiện bảo hiểm, mức độ thiệt hại và số tiền thanh toán đã thực hiện. Trong trường hợp chi phí cho dịch vụ chăm sóc sức khỏe được cung cấp vượt quá chi phí tương ứng với bảo hiểm y tế công cộng tại Cộng hòa Séc, công ty bảo hiểm có thể giảm khoản thanh toán bảo hiểm đến mức này.

Điều 7. Loại trừ bảo hiểm

1. Bảo hiểm không bồi thường thiệt hại do:
   a) cố ý đến Cộng hòa Séc với mục đích nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm cả quá cảnh (gọi là du lịch y tế),
   b) trong thời gian người được bảo hiểm tham gia bảo hiểm y tế công cộng của Cộng hòa Séc,
   c) trong thời gian người nước ngoài không có giấy phép cư trú hợp pháp tại Cộng hòa Séc.
2. Doanh nghiệp bảo hiểm không bồi thường thiệt hại trong trường hợp:
   a) bệnh tật 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
   b) 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 công nhận, ngay cả trong trường hợp các thủ tục không được khoa học y tế công nhận,
   c) 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,
   d) khi sự kiện thiệt hại do người được bảo hiểm cố ý gây ra, ngoại trừ tai nạn,
   e) khi sự kiện thiệt hại xảy ra do lỗi hoặc đồng lỗi của người được bảo hiểm, ngoại trừ tai nạn,
   f) khi sự kiện thiệt hại do người được bảo hiểm gây ra do uống rượu hoặc ma túy hoặc do ảnh hưởng của chất gây nghiện hoặc thuốc hướng tâm thần, ngoại trừ tai nạn,
   g) được chăm sóc vật lý trị liệu dài hạn, nếu không cần thiết phải loại bỏ các biến chứng sức khỏe ngay lập tức,
   h) các thủ tục thẩm mỹ hoặc thẩm mỹ không tuân theo mục đích y tế.
3. Các điểm loại trừ nêu tại điểm 2 Điều này không được áp dụng trong trường hợp bảo hiểm ở dạng Exclusive.

Điều 8. Hợp đồng bảo hiểm

1. Hợp đồng bảo hiểm được giao kết bằng việc đóng phí bảo hiểm lần đầu theo số tiền ghi 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 sẽ không được ký kết, bảo hiểm không tồn tại và đề nghị của công ty bảo hiểm hết hạn.
2. Bằng cách ký kết hợp đồng bảo hiểm, chủ hợp đồng đồng ý với công ty 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 điều 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 9. Thời hạn bảo hiểm, việc tạo lập và chấm dứt bảo hiểm

1. Việc bảo hiểm được thu xếp trong một thời hạn nhất định được ghi trong hợp đồng bảo hiểm.
2. Bảo hiểm có hiệu lực kể từ ngày được ghi trong hợp đồng bảo hiểm là ngày bắt đầu bảo hiểm.
3. Điều kiện để hình thành và thời hạn bảo hiểm là thời gian người được bảo hiểm cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc hoặc, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trên lãnh thổ của các quốc gia thuộc Khu vực Schengen bên ngoài Cộng hòa Séc, tùy thuộc vào có đầy đủ các điều kiện theo quy định của pháp luật.
4. Bảo hiểm không thể bị gián đoạn.
5. Bảo hiểm chấm dứt do một 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) cái chết của người được bảo hiểm,
   c) yêu cầu cấp thị thực bị Cục Chính sách Tị nạn và Di trú thuộc Bộ Nội vụ Cộng hòa Séc từ chối, hoặc người được bảo hiểm chấm dứt cư trú trên lãnh thổ Cộng hòa Séc, hoặc vào ngày quyết định trục xuất hoặc trục xuất hành chính có hiệu lực pháp luật;
   d) vào ngày người bảo hiểm nhận được thông báo của bên mua bảo hiểm về việc người được bảo hiểm chuyển sang hình thức bảo hiểm y tế công cộng của Cộng hòa Séc trong thời hạn bảo hiểm theo Bộ luật số 48/1997 Bộ luật về Bảo hiểm Y tế công cộng (trên cơ sở có quan hệ lao động trên lãnh thổ Cộng hòa Séc hoặc được cấp thẻ thường trú tại Cộng hòa Séc), kèm theo bản sao hợp lệ của thẻ bảo hiểm y tế công cộng Cộng hòa Séc;
   e) bên mua bảo hiểm hoặc người bảo hiểm đơn phương chấm dứt hợp đồng bảo hiểm bằng văn bản (được quy định cụ thể tại Điều 11);
   f) người bảo hiểm từ chối bồi thường bảo hiểm bằng văn bản theo Điều khoản 2809 Bộ luật Dân sự;
   g) có thỏa thuận bằng văn bản giữa các bên ký kết;
   h) không đóng phí bảo hiểm sau khi các điều kiện theo quy định của pháp luật đã được đáp ứng;
   i) thông báo hủy bỏ hợp đồng bằng văn bản từ người bảo hiểm hoặc bên mua bảo hiểm (được quy định cụ thể tại Điều 10).
6. Đối với việc thanh toán chi phí chăm sóc sức khoẻ liên quan đến việc mang thai và sinh con, thời gian chờ đợi là 8 tháng kể từ ngày bắt đầu bảo hiểm, trong thời gian đó bảo hiểm không chi trả cho việc mang thai và sinh con. Thời gian chờ đợi không áp dụng nếu bảo hiểm được mua ở phiên bản Premium với gói mang thai

Điều 10. Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm

1. Bên mua bảo hiểm và người bảo hiểm có thể hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm trong vòng hai tháng kể từ ngày ký kết hợp đồng bảo hiểm. Thời hạn thông báo hủy bỏ hợp đồng là tám ngày và bắt đầu tính từ ngày tiếp theo sau ngày thông báo hủy bỏ được gửi đến bên thứ hai của hợp đồng. Sau khi hết thời hạn này, bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực.
2. Bên mua bảo hiểm và người bảo hiểm có thể hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm trong vòng ba tháng kể từ ngày người bảo hiểm nhận được thông báo về việc phát sinh sự kiện bảo hiểm. Thời hạn thông báo hủy bỏ hợp đồng là một tháng và bắt đầu tính từ ngày tiếp theo sau ngày thông báo hủy bỏ được gửi đến bên thứ hai của hợp đồng. Sau khi hết thời hạn này, bảo hiểm sẽ chấm dứt hiệu lực.
3. Bên mua bảo hiểm có thể hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm với thời hạn thông báo là tám ngày trong các trường hợp sau:
   a) Trong vòng hai tháng kể từ ngày biết được rằng người bảo hiểm đã áp dụng tiêu chí bị cấm theo Điều 2769 Bộ luật Dân sự (vi phạm nguyên tắc đối xử bình đẳng) khi xác định mức phí bảo hiểm hoặc khi tính toán số tiền bồi thường bảo hiểm;
   b) Trong vòng một tháng kể từ ngày nhận được thông báo về việc chuyển nhượng toàn bộ hoặc một phần danh mục hợp đồng bảo hiểm, hoặc về việc chuyển đổi loại hình doanh nghiệp của người bảo hiểm; hoặc
   c) Trong vòng một tháng kể từ ngày công bố thông báo về việc người bảo hiểm bị thu hồi giấy phép hoạt động kinh doanh bảo hiểm.

Điều 11. Hủy bỏ hợp đồng bảo hiểm (Rút khỏi hợp đồng)

1. Nếu hợp đồng bảo hiểm được giao kết dưới hình thức giao dịch từ xa, bên mua bảo hiểm có quyền rút khỏi hợp đồng mà không cần nêu lý do trong vòng mười bốn ngày kể từ ngày giao kết hợp đồng hoặc kể từ ngày bên mua bảo hiểm được thông báo về các điều kiện bảo hiểm, nếu việc thông báo này lần đầu tiên được thực hiện theo yêu cầu của bên mua bảo hiểm sau khi hợp đồng đã được giao kết.
2. Bên mua bảo hiểm cũng có thể rút khỏi hợp đồng bảo hiểm trong các trường hợp sau:
   a) Nếu người bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ lưu ý bên mua bảo hiểm về những điểm không phù hợp giữa gói bảo hiểm được chào mời và các yêu cầu của bên mua bảo hiểm, mặc dù tại thời điểm giao kết hợp đồng hoặc thỏa thuận thay đổi hợp đồng, người bảo hiểm phải biết rõ về những điểm không phù hợp này; hoặc

b) Nếu người bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ trả lời một cách trung thực và đầy đủ các câu hỏi bằng văn bản của bên mua bảo hiểm trong quá trình đàm phán để giao kết hoặc thay đổi hợp đồng bảo hiểm. Quyền rút khỏi hợp đồng sẽ chấm dứt nếu bên mua bảo hiểm không thực hiện quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện hoặc phải phát hiện ra việc vi phạm các nghĩa vụ nêu trên.

3. Người bảo hiểm có quyền rút khỏi hợp đồng bảo hiểm nếu bên mua bảo hiểm hoặc người được bảo hiểm cố ý hoặc do vô ý vi phạm nghĩa vụ trả lời trung thực và đầy đủ các câu hỏi bằng văn bản của người bảo hiểm liên quan đến hợp đồng bảo hiểm hoặc việc thay đổi hợp đồng bảo hiểm đang được thỏa thuận, và nếu người bảo hiểm chứng minh được rằng sau khi các câu hỏi được trả lời trung thực và đầy đủ, họ đã không giao kết hợp đồng bảo hiểm, không ký thỏa thuận thay đổi hoặc đã không thỏa thuận một số điều khoản bảo hiểm nhất định. Người bảo hiểm cũng có quyền rút khỏi một phần hoặc toàn bộ hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp người được bảo hiểm từ chối chấp thuận việc yêu cầu cung cấp thông tin từ các cơ sở y tế hoặc từ chối việc thăm khám bởi bác sĩ do người bảo hiểm chỉ định. Quyền rút khỏi hợp đồng sẽ chấm dứt nếu người bảo hiểm không thực hiện quyền này trong vòng hai tháng kể từ ngày phát hiện hoặc phải phát hiện ra việc vi phạm các nghĩa vụ nêu trên.

4. Việc rút khỏi hợp đồng bảo hiểm sẽ hủy bỏ hiệu lực của hợp đồng ngay từ thời điểm bắt đầu (vô hiệu hồi tố).

5. Nếu bên mua bảo hiểm hoặc người bảo hiểm rút khỏi hợp đồng bảo hiểm, các bên ký kết có nghĩa vụ thực hiện quyết toán nghĩa vụ lẫn nhau. Trong vòng một tháng kể từ ngày việc rút khỏi hợp đồng có hiệu lực, người bảo hiểm sẽ hoàn trả cho bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng sau khi đã khấu trừ các khoản bồi thường bảo hiểm đã chi trả. Trường hợp khoản bồi thường bảo hiểm đã chi trả vượt quá số tiền phí bảo hiểm đã đóng, người đã nhận số tiền bồi thường đó có nghĩa vụ phải hoàn trả lại cho người bảo hiểm.

Điều 12. Phí bảo hiểm

1. Số tiền phí bảo hiểm được ghi trong hợp đồng bảo hiểm.

2. Phí bảo hiểm được thoả thuận một lần, trừ trường hợp có thoả thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm.

3. Phí bảo hiểm thuộc về người bảo hiểm trong suốt thời gian bảo hiểm. Trong trường hợp tổn thất bảo hiểm do sự kiện được bảo hiểm, công ty bảo hiểm được hưởng toàn bộ phí bảo hiểm một lần.

4. Phí bảo hiểm được coi là đã trả vào ngày được ghi có đầy đủ vào tài khoản của người bảo hiểm. Hợp đồng bảo hiểm có thể quy định các điều kiện khác nhau để thanh toán phí bảo hiểm.

5. Phí bảo hiểm cũng có thể được đóng nhiều lần theo thỏa thuận của các bên trong hợp đồng.

6. Nếu bảo hiểm chấm dứt theo quy định tại Điều 9, Khoản 5, Điểm c), g) hoặc từ phía bên mua bảo hiểm theo Điểm i) trước ngày bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực, người bảo hiểm sẽ hoàn trả cho bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm đã đóng sau khi đã khấu trừ các chi phí liên quan đến việc thiết lập và quản lý hợp đồng bảo hiểm, khoản chi phí này tương đương 30% số phí bảo hiểm đã thu nhận (phí hủy hợp đồng/phí storno). Trường hợp phí bảo hiểm được thanh toán theo từng kỳ (trả góp) theo thỏa thuận của các bên ký kết, mức phí hủy hợp đồng sẽ bằng với số phí bảo hiểm phải nộp tính đến hết kỳ thanh toán đó.

7. Nếu bảo hiểm chấm dứt theo quy định tại Điều 9, Khoản 5, Điểm c), d), f), g) và h) hoặc từ phía bên mua bảo hiểm theo Điểm i) sau ngày bảo hiểm bắt đầu có hiệu lực và trong thời gian bảo hiểm chưa phát sinh sự kiện bảo hiểm nào, người bảo hiểm sẽ hoàn trả cho bên mua bảo hiểm khoản phí bảo hiểm chưa sử dụng sau khi đã khấu trừ các chi phí liên quan đến việc thiết lập và quản lý hợp đồng bảo hiểm, khoản chi phí này tương đương 30% số phí bảo hiểm đã thu nhận (phí hủy hợp đồng/phí storno). Trường hợp phí bảo hiểm được thanh toán theo từng kỳ (trả góp) theo thỏa thuận của các bên ký kết, mức phí hủy hợp đồng sẽ bằng với số phí bảo hiểm phải nộp tính đến hết kỳ thanh toán hiện tại.

Điều 13. Nghĩa vụ của bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm

1. Ngoài các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật hiện hành, bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ:
   a) trả lời trung thực và đầy đủ mọi câu hỏi của công ty bảo hiểm liên quan đến hợp đồng bảo hiểm, b) thông báo ngay cho công ty bảo hiểm về mọi thay đổi liên quan đến các thông tin mà công ty bảo hiểm đã hỏi, đặc biệt là các thông tin được nêu trong hợp đồng bảo hiểm,
   c) cung cấp cho công ty 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) làm mọi cách để ngăn chặn sự kiện được bảo hiểm xảy ra và giảm thiểu mức độ thiệt hại gây ra, e) chú ý đến các hướng dẫn và khuyến nghị của nhân viên y tế,
   f) tuân thủ các quy định về bảo vệ sức khỏe cộng đồng,
   g) trải qua cuộc kiểm tra hoặc thủ tục cần thiết theo hướng dẫn của bác sĩ,
   h) theo yêu cầu của người bảo hiểm, trải qua cuộc kiểm tra bởi bác sĩ do người bảo hiểm chỉ định, nếu điều này có thể được yêu cầu một cách hợp lý đối với người được bảo hiểm trong tình huống cụ thể,
   i) theo yêu cầu của người bảo hiểm, tiết lộ bí mật cho bên thứ ba (đặc biệt là cơ sở y tế) về các sự kiện liên quan đến sự kiện nguy hại.

2. Nếu xảy ra sự kiện bảo hiểm, người được bảo hiểm có nghĩa vụ cụ thể:
   a) thông báo cho dịch vụ hỗ trợ về tất cả các thông tin quan trọng để yêu cầu bồi thường từ bảo hiểm này và làm theo hướng dẫn của nó,
   b) thực hiện mọi điều có thể được yêu cầu một cách hợp lý trong tình huống nhất định để ngăn ngừa tình trạng sức khỏe xấu đi thêm và giảm thiểu hậu quả của sự kiện có hại,
   c) Điều trị tại cơ sở y tế theo hợp đồng của doanh nghiệp bảo hiểm nếu có thể. Khi làm như vậy, người được bảo hiểm luôn có nghĩa vụ xuất trình cho bác sĩ điều trị xác nhận về việc ký kết hợp đồng bảo hiểm,
   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,
   f) được hồi hương nếu tình trạng sức khỏe cho phép và người được bảo hiểm đồng ý.

3. Bên mua bảo hiểm có nghĩa vụ thông báo cho người được bảo hiểm về nội dung của hợp đồng bảo hiểm, bao gồm tất cả các phụ lục (đặc biệt là các điều kiện bảo hiểm) một cách không chậm trễ.

Điều 14. Đánh giá tình trạng sức khỏe

1. Khi ký kết hợp đồng bảo hiểm, bên mua bảo hiểm và người được bảo hiểm có nghĩa vụ trả lời trung thực, đầy đủ mọi câu hỏi bằng văn bản liên quan đến tình trạng sức khoẻ của người được bảo hiểm. Điều tương tự cũng áp dụng trong trường hợp có thay đổi về bảo hiểm hoặc thông tin mà người mua bảo hiểm hoặc công ty bảo hiểm đã được hỏi khi mua bảo hiểm.

2. Vì mục đích bảo hiểm, công ty bảo hiểm có quyền xem xét thông tin về tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm tại cơ sở y tế nơi người được bảo hiểm đã điều trị hoặc tại bác sĩ do doanh nghiệp bảo hiểm chỉ định. Người được bảo hiểm đồng ý cho việc điều tra và xem xét tình trạng sức khỏe bằng cách ký kết hợp đồng bảo hiểm, hoặc bằng cách cấp thêm sự đồng ý cho kết luận của nó. Sự đồng ý này cũng áp dụng cho việc kiểm tra tình trạng sức khỏe liên quan đến việc thay đổi bảo hiểm và áp dụng quyền hưởng quyền lợi bảo hiểm.

3. Việc xác định tình trạng sức khỏe hoặc nguyên nhân tử vong được thực hiện trên cơ sở báo cáo, trích lục hoặc bản sao tài liệu y tế do cơ quan bảo hiểm hoặc cơ sở bảo hiểm ủy quyền của bác sĩ điều trị yêu cầu và nếu cần thiết, cũng bằng việc khám hoặc kiểm tra do cơ sở cung cấp dịch vụ y tế được công ty bảo hiểm ủy quyền thực hiện. Với sự đồng ý của mình, người được bảo hiểm miễn trừ nghĩa vụ giữ bí mật của bác sĩ, nhà cung cấp dịch vụ y tế, nhân viên y tế, nhân viên chuyên môn khác và những người cung cấp dịch vụ y tế khác mà doanh nghiệp bảo hiểm yêu cầu cung cấp thông tin nêu trên và những người có thông tin về tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm. người được bảo hiểm.

4. Thông tin mà công ty bảo hiểm thu được về tình trạng sức khỏe của người được bảo hiểm là thông tin bí mật và chỉ có thể được sử dụng cho mục đích của bảo hiểm này.

Điều 15. Nghĩa vụ của người bảo hiểm

1. Ngoài các nghĩa vụ khác theo quy định của pháp luật, doanh nghiệp bảo hiểm có nghĩa vụ:
   a) trả lời trung thực và đầy đủ tất cả các câu hỏi bằng văn bản của chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm về bảo hiểm đã thỏa thuận hoặc thay đổi bảo hiểm đã được thảo luận,
   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 được thông báo về sự kiện gây thiệt hại, không chậm trễ quá đáng, 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 xác định yêu cầu 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, đảm bảo thanh toán các chi phí chăm sóc sức khỏe phát sinh.

Điều 16. Chuyển giao quyền cho người 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 người bảo hiểm trong phạm vi quyền lợi bảo hiểm do người bảo hiểm cung cấp.
2. Nếu doanh nghiệp bảo hiểm phát sinh thêm chi phí do lỗi của người có quyền lợi liên quan đến yêu cầu bồi thường thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền yêu cầu người có quyền lợi phải chịu những chi phí này.

Điều 17. Tố tụng và chuyển giao hồ sơ

1. Hợp đồng bảo hiểm được giao kết bằng văn bản (bằng điện tử hoặc bằng giấy).
2. Hình thức văn bản được thực hiện nếu hành vi pháp lý:
   a) được ghi vào tài liệu và ký;
   b) được thực hiện bằng điện tử và chữ ký được thay thế bằng phương tiện cơ học;
   c) được 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.
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) do cá nhân nhân viên hoặc người được ủy quyền của công ty bảo hiểm,
   c) Thư điện tử dưới dạng tin nhắn email thông thường, gửi đến địa chỉ email của bên mua bảo hiểm đã được ghi nhận trong hợp đồng bảo hiểm.
4. Thư của người bảo hiểm được coi là đã phát vào ngày chứng minh được lô hàng đã được tiếp nhận, từ chối nhận hàng hoặc trả lại lô hàng do không thể phát được, nếu không thì vào ngày làm việc thứ 3 kể từ ngày gửi hàng. Nếu không thể liên lạc được với người nhận và chứng từ của người bảo hiểm đã được gửi cho người vận chuyển thì chứng từ của người bảo hiểm được coi là đã được giao vào ngày cuối cùng của thời hạn lưu trữ, ngay cả khi người nhận không biết về khoản tiền gửi.
5. Nếu chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm thay đổi địa chỉ liên lạc của họ, không thông báo cho công ty bảo hiểm về sự thay đổi này bằng văn bản và tài liệu 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 chủ hợp đồng hoặc người được bảo hiểm không biết về việc gửi.
6. Văn bản được chuyển phát bằng hình thức điện tử được coi là đã phát đến nơi vào ngày tiếp theo sau ngày văn bản đó được gửi vào hộp thư email của người nhận.

Điều 18. Luật áp dụng và giải quyết tranh chấp

1. Hợp đồng bảo hiểm và các hậu quả pháp lý phát sinh từ hợp đồng đó được điều chỉnh bởi hệ thống pháp luật của Cộng hòa Séc.
2. Tòa án Cộng hòa Séc có thẩm quyền giải quyết các tranh chấp phát sinh từ hợp đồng bảo hiểm.
3. Công ty bảo hiểm ưu tiên giải quyết mọi tranh chấp ngoài tòa án. Có thể gửi khiếu nại bằng biểu mẫu có sẵn trên trang web https://www.maximapojistovna.cz/sites/default/files/formular_pro_podani_stiznosti_1.pdf qua email đến địa chỉ info@maxima-as.cz hoặc bằng văn bản tới địa chỉ của người 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, là cơ quan giám sát hoạt động của các công ty bảo hiểm. Tuy nhiên, CNB 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 chống lại sự phân biệt đối xử, Người bảo vệ Quyền công dân cũng thực thi quyền tài phán. Đề xuất có thể được đưa ra bằng văn bản hoặc bằng miệng trong nghị định thư và không phải trả phí.
6. Tranh chấp giữa người tiêu dùng (bên được bảo hiểm hoặc bên bồi thường) và công ty bảo hiểm trong việc cung cấp bảo hiểm phi nhân thọ, thuộc thẩm quyền của tòa án và không thể giải quyết trực tiếp với công ty bảo hiểm, được ủy quyền giải quyết bởi Séc. Thanh tra Thương mại, Thanh tra nhà nước - Cục ADR, Štěpánská 15, 120 00 Praha 2. Bạn có thể tìm thêm thông tin tại https://www.coi.cz/informace-o-adr/ Thủ tục Thanh tra Thương mại Séc được điều chỉnh bởi Đạo 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 Đạo 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 viên của Hiệp hội Bảo hiểm Séc. Đề xuất được gửi dưới dạng điện tử dưới dạng biểu mẫu thông qua nền tảng https://www.ombudsmancap.cz.

Điều 19. Quy 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. Các điều kiện bảo hiểm này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 7 năm 2026.

ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM CHUNG VỀ BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM CÔNG DÂN (VPP-C/650-11)

từ ngày 1 tháng 9 năm 2023

Điều 1. Điều khoản giới thiệu

Các nguyên tắc chung để bảo hiểm trách nhiệm bồi thường thiệt hại của công dân được quy định trong Điều khoản và Điều kiện Bảo hiểm Chung đối với Bảo hiểm Y tế Toàn diện.

Điều 2. Phạm vi bảo hiểm

Bảo hiểm được thu xếp, nếu có thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trong trường hợp người được bảo hiểm có nghĩa vụ bồi thường thiệt hại do vi phạm nghĩa vụ do pháp luật quy định và vi phạm nghĩa vụ trong hợp đồng, nếu nghĩa vụ theo hợp đồng này không vượt quá phạm vi nghĩa vụ do pháp luật quy định. Bảo hiểm được thu xếp trong trường hợp:

a) Thiệt hại về sức khoẻ và tính mạng;
b) thiệt hại về tài sản đối với đồ vật (do bị phá hủy, hư hỏng hoặc mất mát) hoặc đối với động vật (do bị thương hoặc chết), bao gồm chi phí điều trị được chi tiêu có mục đích trong trường hợp động vật bị thương, lên đến số tiền chi phí điều trị mà sẽ do một nhà chăn nuôi hợp lý gánh chịu;
c) thiệt hại tài sản tiếp theo (thiệt hại tài chính tiếp theo) xảy ra ngay trước thiệt hại được xác định trong thư a) và b) của bài viết này.

Điều 3. Thời hạn bảo hiểm

1. Bảo hiểm áp dụng cho nghĩa vụ bồi thường thiệt hại xảy ra trong thời hạn bảo hiểm, nếu đồng thời quyền yêu cầu bồi thường thiệt hại được xác lập lần đầu bằng văn bản đối với người được bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm.
2. Nếu thiệt hại xảy ra trong thời hạn bảo hiểm nhưng nguyên nhân gây ra thiệt hại xảy ra trước khi giao kết hợp đồng bảo hiểm thì thiệt hại đó chỉ được bảo hiểm chi trả nếu nguyên nhân đó không được hoặc có thể không được người được bảo hiểm biết đến tại thời điểm đó. thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm.
3. Nếu có sự thay đổi về phạm vi bảo hiểm trong thời hạn bảo hiểm thì phạm vi bảo hiểm đã thoả thuận tại thời điểm xảy ra thiệt hại hoặc tổn hại khác có tính chất quyết định.

Điều 4. Sự kiện bảo hiểm

1. Sự kiện bảo hiểm là việc xảy ra nghĩa vụ bồi thường thiệt hại của người được bảo hiểm theo Điều 2 của Quy tắc này, nếu người được bảo hiểm có nghĩa vụ bồi thường thiệt hại do hành động của mình trong đời sống dân sự thông thường hoặc do mối quan hệ gây ra trong suốt thời gian xảy ra sự kiện bảo hiểm. của bảo hiểm.
2. Nếu cơ quan có thẩm quyền quyết định việc bồi thường thiệt hại thì người bảo hiểm chỉ có nghĩa vụ thực hiện vào ngày có quyết định của cơ quan này về mức độ thiệt hại và nghĩa vụ bồi thường thiệt hại của người được bảo hiểm. ràng buộc về mặt pháp lý.

Điều 5. Loại trừ

1. Bảo hiểm không bồi thường thiệt hại:
   a) phi tài sản;
   b) gây ra một cách cố ý, vô ý thức;
   c) được người được bảo hiểm thừa nhận hoặc thừa nhận vượt quá phạm vi được quy định bởi pháp luật và còn gây ra liên quan đến hoạt động do người được bảo hiểm thực hiện mà không được phép;
   d) gây ra liên quan đến việc áp dụng các biện pháp trừng phạt tài sản (bao gồm tiền phạt theo hợp đồng, tiền phạt và các khoản thanh toán khác có tính chất trừng phạt) do hành động của người được bảo hiểm;
   e) phát sinh liên quan đến hoạt động kinh doanh hoặc hoạt động sinh lợi khác (bao gồm cả hoạt động của hợp tác xã) và phát sinh từ pháp luật lao động và quan hệ dịch vụ, bao gồm cả nghĩa vụ bồi thường thiệt hại khi xảy ra tai nạn lao động và bệnh nghề nghiệp, bao gồm cả các yêu cầu truy đòi phát sinh từ đó;
   f) phát sinh liên quan đến quyền sở hữu, sở hữu, vận hành, sử dụng hoặc sửa chữa và bảo trì tất cả các phương tiện vận tải, bao gồm cả. máy bay, kể cả máy bay không người lái, ngoại trừ việc thỉnh thoảng sử dụng thuyền buồm và các tàu không có động cơ khác theo nghĩa của Phần I, Điều 1, Đoạn 2, mục g) DPP-C/630 11 và ngoại trừ các phương tiện chạy bằng sức người;
   g) phát sinh do sụt lún đất và trượt lở đất, xói mòn hoặc phá hoại;
   h) do sự xuất hiện hoặc lây lan của bất kỳ bệnh nào ở người, động vật hoặc thực vật;
   i) do đồ vật bị mất, mất, trộm, cướp;
   j) gây ra liên quan đến việc cung cấp bất kỳ dịch vụ internet nào và xử lý dữ liệu số lượng lớn, quản lý hộp dữ liệu, truc trặc hoặc lỗi phần mềm, lập trình, vi rút và hack, cũng như do phá hủy, hư hỏng hoặc thiếu bản ghi trên các phương tiện truyền tải âm thanh, video và dữ liệu ;
   k) nếu người được bảo hiểm không thông báo ngay cho công ty bảo hiểm rằng bên bị thương yêu cầu bồi thường thiệt hại bằng cách khôi phục lại tình trạng trước đó;
   l) vào những đồ vật mà người được bảo hiểm sử dụng trái phép;
   m) gây ra cho những vật thuộc đối tượng của hợp đồng vận tải, giao nhận và các hợp đồng tương tự hoặc bất kỳ thiệt hại nào phát sinh từ các hợp đồng này;
   n) gây ra liên quan đến sự can thiệp trái phép vào quyền bảo vệ nhân cách, phỉ báng, phỉ báng, cung cấp trái phép hoặc vi phạm quyền sáng chế hoặc các quyền phát sinh từ việc bảo vệ bản quyền, thiết kế, nhãn hiệu, công ty kinh doanh hoặc tên của pháp nhân;
   o) do bỏ bê dịch vụ và bảo trì theo quy định hoặc không tuân thủ quy trình công nghệ;
   p) do sự chậm trễ trong việc thực hiện nghĩa vụ pháp lý hoặc hợp đồng bao gồm việc người được bảo hiểm không hoàn thành nghĩa vụ pháp lý hoặc nghĩa vụ hợp đồng của mình đúng thời hạn hoặc hoàn toàn không hoàn thành nghĩa vụ đó;
   q) do vật vô hình gây ra;
   r) phát sinh do sự xâm nhập dần dần của các loại hơi ẩm và chất lỏng hoặc do tác động của khí, hơi và hơi ẩm hoặc kết tủa; gây ra bởi sự nhỏ giọt hoặc rò rỉ dầu, dầu diesel hoặc chất lỏng khác từ thùng chứa hoặc bể chứa, và hơn nữa là do hoạt động dần dần của việc thở ra, khí thải, khí thải, tro, khói hoặc rung động;
   s) gây ra bởi tác động của bất kỳ loại bức xạ nào, và hơn nữa là do tác động của formaldehyde và amiăng, hoặc các vật liệu có chứa amiăng; phát sinh từ việc xử lý các loại khí, chất nổ, chất độc hại, nấm mốc độc hại, nước thải, chất thải các loại hoặc từ việc lưu giữ chúng;
   t) do thông tin hoặc lời khuyên gây ra;
   u) gây ra trong bất kỳ hoạt động thể thao nào, ngoại trừ các hoạt động thể thao giải trí, cũng như trong quá trình thực hiện quyền săn bắn;
   v) phát sinh liên quan đến một hoạt động có liên quan đến nghĩa vụ chăm sóc của một chủ hộ hợp pháp;
   w) gây ra trên đồng cỏ, cây cối, vườn, đồng ruộng và cây rừng do động vật chăn thả;
2. Trừ khi có thoả thuận khác trong hợp đồng bảo hiểm, bảo hiểm không tiếp tục bồi thường trách nhiệm bồi thường thiệt hại:
   a) đối với các hạng mục được người được bảo hiểm tiếp quản nhằm mục đích thực hiện hoạt động được yêu cầu (xử lý, sửa chữa, bảo quản, bán, lưu kho, v.v.);
   b) đối với những đồ vật không thuộc sở hữu của người được bảo hiểm nhưng được sử dụng hợp pháp trên cơ sở lý do hợp pháp (cho thuê, cho mượn, v.v.), ngoại trừ thiệt hại đối với bất động sản thuê do cháy, nổ và rò rỉ chất lỏng từ hệ thống cấp nước;
   c) phát sinh liên quan đến hoạt động mà quy định của pháp luật quy định nghĩa vụ mua bảo hiểm thiệt hại hoặc quy định rằng bảo hiểm được tạo ra mà không cần ký kết hợp đồng bảo hiểm trên cơ sở các tình tiết khác.
3. Doanh nghiệp bảo hiểm không bồi thường những thiệt hại mà người được bảo hiểm hoặc người đồng bảo hiểm phải chịu trách nhiệm:
   a) Đối với họ hàng gần gũi và những người sống cùng nhà với mình;
   b) với những người bạn đồng hành và những người thân thiết của họ;
   c) một tổ chức kinh doanh trong đó người được bảo hiểm, đối tác hoặc những người thân thiết của họ có phần vốn góp, tối đa số tiền tương ứng với phần vốn sở hữu này.
4. Nếu thiệt hại về tài sản được loại trừ trong các VPP này, trong DPP-C/630 11 hoặc trong hợp đồng bảo hiểm thì tất cả các thiệt hại tiềm ẩn do nó gây ra cũng bị loại trừ.

5. Các trường hợp bổ sung có thể được thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm mà không thuộc phạm vi bảo hiểm trách nhiệm dân sự.

Điều 6. Phạm vi lãnh thổ bảo hiểm

1. Bảo hiểm áp dụng cho các sự kiện được bảo hiểm mà nguyên nhân, sự kiện xảy ra và đơn yêu cầu bằng văn bản đầu tiên về quyền được bồi thường thiệt hại của bên bị thương đối với người được bảo hiểm xảy ra trên lãnh thổ Cộng hòa Séc mà không có giới hạn.
2. Bảo hiểm trách nhiệm công dân theo DPP-C/630 11, Phần I, cũng được áp dụng bên ngoài lãnh thổ Cộng hòa Séc đối với việc tạm trú ở nước ngoài của người được bảo hiểm tại các quốc gia thuộc khu vực Schengen, nếu thời gian lưu trú này không quá ba tháng kể từ thời điểm rời khỏi lãnh thổ Cộng hòa Séc.

Điều 7. Hoạt động của doanh nghiệp bảo hiểm và sự tham gia

1. Việc thực hiện của người bảo hiểm bị giới hạn bởi số tiền bồi thường thiệt hại được quy định trong hợp đồng và quy định pháp luật có liên quan, theo đó người được bảo hiểm chịu trách nhiệm về thiệt hại đó, hoặc theo quyết định của cơ quan công quyền hoặc thủ tục trọng tài về số tiền bồi thường thiệt hại. bồi thường thiệt hại nhưng không quá trong giới hạn thực hiện trách nhiệm bảo hiểm đã thỏa thuận trong hợp đồng bảo hiểm. Điều này cũng áp dụng cho các sự kiện gây thiệt hại hàng loạt.
3. Trừ khi có quy định khác trong hợp đồng bảo hiểm, quyền lợi bảo hiểm được chi trả cho các sự kiện bảo hiểm xảy ra trong 12 tháng liên tục kể từ khi bắt đầu bảo hiểm (ngày kỷ niệm bắt đầu bảo hiểm) không được vượt quá hai lần hạn mức bảo hiểm. quyền lợi bảo hiểm đã thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm.
4. Bảo hiểm trách nhiệm được thương lượng với mức khấu trừ là 5.000 Kč.
5. Nếu số tiền bồi thường thiệt hại trong sự kiện mất mát hàng loạt vượt quá số tiền bảo hiểm thì công ty bảo hiểm sẽ giảm số tiền bồi thường cho tất cả các nạn nhân theo tỷ lệ như nhau.
6. Người bảo hiểm còn có nghĩa vụ bồi thường những chi phí hợp lý:
   a) tương ứng với mức thù lao ngoài hợp đồng của luật sư để bào chữa cho người được bảo hiểm trong quá trình tố tụng sơ bộ và trước tòa án cấp sơ thẩm trong thủ tục tố tụng hình sự được tiến hành đối với người được bảo hiểm liên quan đến thiệt hại mà người được bảo hiểm phải chịu trách nhiệm, nếu các nghĩa vụ quy định tại Điều 8 điểm 1 tiết a) đã được thực hiện đầy đủ d);
   b) thủ tục tố tụng dân sự về bồi thường thiệt hại, nếu thủ tục này là cần thiết để xác định nghĩa vụ của người được bảo hiểm hoặc số tiền thiệt hại, nếu người được bảo hiểm có nghĩa vụ bồi thường các chi phí này và các nghĩa vụ quy định tại Điều 8, điểm 1, thư a), b), c), e);
   c) việc bào chữa cho người được bảo hiểm trước Tòa phúc thẩm trong quá trình tố tụng bồi thường thiệt hại, tương ứng nhiều nhất với phí ngoài hợp đồng của luật sư, cũng như các chi phí cho phiên điều trần ngoài tòa án về yêu cầu bồi thường của bên bị thiệt hại mà bên bị thiệt hại phải gánh chịu. bên bị thương, người đại diện của họ hoặc người được bảo hiểm, nếu các nghĩa vụ được áp dụng theo Điều 8, điểm 1, chữ e đã được hoàn thành), g) và nếu hợp đồng có quy định như vậy.
7. Người bảo hiểm không có nghĩa vụ thực hiện trong trường hợp người được bảo hiểm:
   a) không có sự đồng ý trước của công ty bảo hiểm, toàn bộ hoặc một phần, đã công nhận hoặc chấp nhận đề nghị trách nhiệm pháp lý của bên bị thiệt hại vượt quá số tiền đồng chi trả đã thỏa thuận;
   b) Không có ý kiến phản đối giới hạn, cam kết thanh toán yêu cầu bồi thường hết thời hạn mà không có sự đồng ý của doanh nghiệp bảo hiểm hoặc tham gia giải quyết tại tòa án mà không có sự đồng ý của doanh nghiệp bảo hiểm.
8. Nếu người được bảo hiểm không đồng ý với mức bồi thường do công ty bảo hiểm đề xuất và quyết định tiến hành hoặc tiếp tục thủ tục bồi thường thiệt hại thì công ty bảo hiểm sẽ thực hiện theo số tiền mà người được bảo hiểm yêu cầu. có thể được bồi thường theo đề nghị của người bảo hiểm.

Điều 8. Nghĩa vụ của người được bảo hiểm

1. Ngoài các nghĩa vụ do pháp luật quy định, người được bảo hiểm còn có nghĩa vụ cụ thể:
   a) thông báo ngay cho công ty bảo hiểm bằng văn bản (cho biết tất cả các chi tiết liên quan đến dữ liệu và những người có liên quan) rằng một sự kiện đã xảy ra có thể là nguyên nhân dẫn đến quyền yêu cầu bồi thường bảo hiểm;
   b) không chậm trễ quá mức, thông báo bằng văn bản cho công ty bảo hiểm rằng bên bị thiệt hại đã yêu cầu bồi thường thiệt hại, nhận xét về khoản bồi thường được yêu cầu và số tiền bồi thường, đồng thời ủy quyền cho công ty bảo hiểm thay mặt họ thảo luận về sự kiện tổn thất;
   c) thông báo không chậm trễ cho công ty bảo hiểm bằng văn bản rằng bên bị thiệt hại đã thực hiện quyền được bồi thường thiệt hại, theo phương pháp tư pháp hoặc ngoài tư pháp;
   d) thông báo ngay bằng văn bản rằng, liên quan đến thiệt hại phát sinh, các thủ tục tố tụng đã được tiến hành chống lại anh ta trước cơ quan công quyền hoặc cơ quan trọng tài, và thông báo cho công ty bảo hiểm tên của luật sư bào chữa, tiến trình và kết quả của các thủ tục tố tụng này;
   e) tiến hành theo hướng dẫn của công ty bảo hiểm trong thủ tục bồi thường thiệt hại, đặc biệt là thỏa thuận với công ty bảo hiểm về người sẽ đại diện cho người được bảo hiểm;
   f) bảo đảm cho người khác quyền được bồi thường thiệt hại do sự kiện bảo hiểm gây ra;
   g) Theo hướng dẫn của doanh nghiệp bảo hiểm, có đơn khiếu nại trong thủ tục bồi thường thiệt hại; h) cảnh báo bên bị thương về rủi ro của một sự kiện bảo hiểm mà họ biết hoặc phải biết trước khi thiệt hại xảy ra;
   i) thực hiện hành động để bảo vệ nạn nhân nếu người được bảo hiểm đã tạo ra tình huống nguy hiểm hoặc nếu họ có quyền kiểm soát tình huống đó;
   j) thực hiện nghĩa vụ pháp lý thông báo cho bên bị thương về hành vi vi phạm nghĩa vụ có thể dẫn đến xảy ra sự kiện bảo hiểm;
   k) thông báo ngay cho công ty bảo hiểm rằng bên bị thiệt hại yêu cầu bồi thường thiệt hại bằng cách khôi phục thiệt hại về trạng thái trước đó.
2. Nếu người được bảo hiểm vi phạm nghĩa vụ quy định tại điểm 1) Điều này thì doanh nghiệp bảo hiểm có quyền từ chối hoặc giảm bớt quyền lợi bảo hiểm tùy theo mức độ vi phạm nghĩa vụ liên quan đến số tiền quyền lợi bảo hiểm.

Điều 9. Hiệu lực

Các điều kiện bảo hiểm này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 9 năm 2023.

ĐIỀU KHOẢN BẢO HIỂM BỔ SUNG DÀNH CHO BẢO HIỂM TRÁCH NHIỆM CÔNG DÂN VỀ THƯƠNG TÍN (DPP-C/630-11)

từ ngày 1 tháng 9 năm 2023

QUY ĐỊNH GIỚI THIỆU

Các điều kiện bảo hiểm bổ sung đối với bảo hiểm trách nhiệm này bổ sung cho các quy định của Điều kiện bảo hiểm chung đối với Bảo hiểm trách nhiệm bồi thường thiệt hại của công dân VPP-C/650 11 (sau đây gọi là „VPP").

Điều 1. Đối tượng bảo hiểm

1. Bảo hiểm được thoả thuận, nếu có thoả thuận trong hợp đồng bảo hiểm, trong trường hợp người được bảo hiểm có nghĩa vụ bồi thường thiệt hại phát sinh do vi phạm nghĩa vụ do pháp luật quy định và vi phạm nghĩa vụ hợp đồng, nếu điều này nghĩa vụ hợp đồng không vượt quá phạm vi nghĩa vụ do pháp luật quy định liên quan đến hoạt động hoặc quan hệ trong đời sống dân sự thông thường.
2. Bảo hiểm trách nhiệm công dân áp dụng đối với trách nhiệm của người được bảo hiểm đối với những thiệt hại gây ra, cụ thể:
   a) từ các hoạt động của người được bảo hiểm trong đời sống dân sự thông thường;
   b) từ việc quản lý hộ gia đình của người được bảo hiểm tại nơi cư trú được báo cáo tại Cộng hòa Séc và hoạt động của các cơ sở tại đó;
   c) trong lúc nghỉ ngơi và giải trí;
   d) người được bảo hiểm tổ chức các hoạt động thể thao giải trí, ngoại trừ các cuộc thi đấu và sự chuẩn bị cho các hoạt động đó;
   e) do hành động của người được bảo hiểm với tư cách là chủ sở hữu hoặc người chăm sóc vật nuôi và vật nuôi trong trang trại;
   f) do hành động của người được bảo hiểm với tư cách là chủ sở hữu, người điều hành hoặc người sử dụng tàu không có động cơ (bao gồm cả lướt ván buồm), không thuộc hồ sơ của Cục Hàng hải Nhà nước;
   g) trong thời gian thực tập, thực tập hoặc đào tạo lại miễn phí tại Cộng hòa Séc.

Điều 2. Người được bảo hiểm

Bảo hiểm cũng bao gồm trách nhiệm dân sự:

a) Người phụ trợ thực hiện công việc phụ trợ trong hộ gia đình của người được bảo hiểm trên cơ sở hợp đồng không xác lập quan hệ lao động, thỏa thuận thực hiện công việc hoặc thỏa thuận về hoạt động công việc đối với những thiệt hại gây ra cho bên thứ ba trong quá trình thực hiện công việc. hoạt động này, không bao gồm các thiệt hại gây ra cho người được bảo hiểm hoặc người đồng bảo hiểm;
b) những người được người được bảo hiểm ủy thác chăm sóc hoặc bảo dưỡng định kỳ hộ gia đình hoặc chăm sóc động vật (được bảo hiểm chi trả theo điểm 1 và 2 Điều 1, phần I. của các điều kiện bảo hiểm bổ sung này), đối với những thiệt hại gây ra cho bên thứ ba trong hoạt động này, ngoại trừ những thiệt hại gây ra cho người được bảo hiểm hoặc người đồng bảo hiểm;
c) thể nhân sống lâu dài trong cùng một hộ gia đình với người được bảo hiểm và cùng trang trải các chi phí cho nhu cầu của họ.

Điều 3. Loại trừ bảo hiểm đặc biệt

Ngoài các loại trừ chung được liệt kê tại Điều 5, VPP-C/650 11, bảo hiểm không bảo hiểm thêm trách nhiệm của người được bảo hiểm đối với những thiệt hại phát sinh từ việc sở hữu, chiếm hữu, cho thuê hoặc quản lý bất động sản hữu hình hoặc một bộ phận hữu hình. về quyền xây dựng và phát sinh thêm trong phạm vi của bất kỳ vật thể nào đang được xây dựng, tái thiết hoặc phá dỡ, ngoại trừ trường hợp hộ gia đình tự xây dựng lại, trừ khi có quy định khác trong hợp đồng.

Điều 4. Hiệu lực

Các điều kiện bảo hiểm này có hiệu lực từ ngày 1 tháng 9 năm 2023.

GIẢI THÍCH CÁC ĐIỀU KHOẢN

1., **Động vật nuôi trong nhà và trang trại** theo mục đích của bảo hiểm này là chó, mèo, chim cảnh và chim biết hót, lợn, cừu, dê, gia súc, ngựa, động vật hoang dã (thú vật, bò sát, khỉ, cá sấu, v.v.), các loài cưỡi và cưỡi khác. động vật kéo.

1.1. Trong mọi trường hợp, động vật được sử dụng để kiếm tiền hoặc hoạt động kinh doanh đều không được coi là động vật nuôi trong nhà và trang trại.

2. **Hộ gia đình** là hộ gia đình trong đó người được bảo hiểm đã cư trú tại Cộng hòa Séc và trả các chi phí cần thiết. Theo nghĩa của bảo hiểm này, hộ gia đình được bảo hiểm không có nghĩa là hộ gia đình được sử dụng riêng cho mục đích giải trí.

3. **Người nắm giữ** (có quyền) là người có thiện chí tin rằng vật đó thuộc về mình, coi nó như của mình hoặc thực hiện quyền cho mình.

4. **Xe đạp điện** là xe đạp được trang bị bàn đạp hoặc xe máy điện có động cơ điện phụ trợ (xe đạp EPAC) theo ČSN EN 15194, tuy nhiên, loại xe này không thể được dẫn động độc quyền bằng động cơ điện phụ trợ này, ngoại trừ chế độ phụ trợ khi khởi động -hướng lên. Bộ truyền động điện phụ có thể có công suất định mức liên tục tối đa là 0,25 kW, công suất của nó giảm dần và cuối cùng ngắt khi xe đạp EPAC đạt tốc độ 25 km/h hoặc sớm hơn nếu người đi xe đạp dừng đạp.

5. **Thiệt hại về tài chính** có nghĩa là thiệt hại về tài sản khác xảy ra không phải do tai nạn, thiệt hại về sức khỏe, hư hỏng, phá hủy hoặc mất mát một đồ vật nào đó.

6. **Sơ suất cố tình là**:
   a) một hành động hoặc sự thiếu sót trong đó việc xảy ra thiệt hại phải được giả định hoặc dự đoán trước và người tham gia đã biết hoặc có thể và lẽ ra phải biết rằng hành động hoặc sự thiếu sót đó sẽ gây ra thiệt hại nhưng không có căn cứ hợp lý cho rằng điều đó sẽ không xảy ra, hoặc đã nhận thức được sự xuất hiện của nó;
   b) thờ ơ với kết quả đàm phán hoặc kết quả của hoạt động;
   c) Biết vi phạm nghĩa vụ pháp lý.

7. **Xe đạp** là phương tiện có ít nhất hai bánh và được chuyển động hoàn toàn hoặc chủ yếu bằng sức cơ của người điều khiển phương tiện, đặc biệt là thông qua bàn đạp. Xe đạp cũng bao gồm xe ba bánh và xe nhiều bánh, cũng như xe đạp nhiều chỗ ngồi - xe đôi và các phương tiện tương tự chạy bằng sức người.

8. **Trộm cắp** là việc chiếm đoạt một đồ vật hoặc bộ phận của đồ vật được bảo hiểm theo cách thức mà người phạm tội, theo những điểm sau đây, đã xâm nhập vào khu vực bảo hiểm đã đóng cửa bằng cách lừa dối, vượt qua ổ khóa trái phép hoặc vượt qua một chướng ngại vật khác bằng sử dụng vũ lực.

9. **Máy bay** là một thiết bị có khả năng lấy các lực mang nó trong khí quyển từ phản lực của không khí, không phải là phản lực đối với bề mặt trái đất. Vì mục đích của bảo hiểm này, mẫu máy bay có trọng lượng cất cánh tối đa không vượt quá 25 kg không được coi là máy bay. Drone được hiểu là máy bay không người lái.

10. **Cướp tài sản** là việc người phạm tội chiếm đoạt tài sản được bảo hiểm bằng vũ lực hoặc đe dọa dùng vũ lực ngay lập tức đối với người được bảo hiểm, người sống chung với người được bảo hiểm trong cùng một hộ gia đình hoặc người đại diện của người được bảo hiểm với mục đích chiếm đoạt tài sản. tài sản của mình tại nơi bảo hiểm. Người đại diện của người được bảo hiểm được coi là người được người được bảo hiểm giao trông coi tài sản được bảo hiểm.

11. **Các tàu nhỏ**, ví dụ như lướt ván, ca nô, thuyền nhỏ và các loại thuyền khác không thuộc hồ sơ của Cơ quan quản lý đường thủy nhà nước.

12. **Thù lao của luật sư ngoài hợp đồng** là mức thù lao của luật sư được xác định theo quy định tại biểu mức thù lao ngoài hợp đồng của luật sư.

13. **Thiệt hại tài chính tiếp theo** là thiệt hại tài chính xảy ra ngay trước khi xảy ra thiệt hại về tài sản và điều kiện xảy ra là thiệt hại về tài sản đã xảy ra. Ví dụ: đây là khoản lợi nhuận bị mất hoặc chi phí thanh lý một món đồ bị phá hủy.

14. **Thiệt hại tài chính tiếp theo do tổn thương tính mạng và sức khỏe** là khoản bồi thường cho những thiệt hại phát sinh do hậu quả trực tiếp của tổn thương sức khỏe hoặc tính mạng (đặc biệt là tổn thất về lợi nhuận, các khoản truy đòi từ các công ty bảo hiểm y tế, bồi thường khi mất thu nhập hoặc lương hưu).

15. **Tàu không có động cơ** là tàu không có động cơ phải đăng ký bởi Cơ quan quản lý đường thủy nhà nước (ví dụ: thuyền buồm), nhưng cũng là các tàu không có động cơ không phải đăng ký (ví dụ: ca nô, thuyền nhỏ).

16. **Bất động sản** là đất đai, công trình xây dựng trên đất và các công trình khác.

17. **Người chăm sóc vật nuôi và động vật trang trại theo mục đích của bảo hiểm này** là một thể nhân được chủ sở hữu vật nuôi và vật nuôi trang trại giao phó vĩnh viễn hoặc tạm thời việc chăm sóc con vật này.

18. **Lún đất** là hiện tượng bề mặt Trái đất hướng về tâm trái đất.

19. **Người giúp việc trong hộ gia đình** là người thứ ba, trên cơ sở hợp đồng rõ ràng, không xác lập quan hệ lao động, trên cơ sở thỏa thuận thực hiện công việc hoặc thỏa thuận về hoạt động công việc tạm thời hoặc lâu dài. hạn, thực hiện các hoạt động đã thỏa thuận tại hộ gia đình của người được bảo hiểm.

20. **Hư hỏng** một hạng mục là sự thay đổi về tình trạng của hạng mục đó mà về mặt khách quan thì có thể loại bỏ được bằng cách sửa chữa hoặc sự thay đổi về tình trạng của hạng mục đó về mặt khách quan là không thể loại bỏ được bằng cách sửa chữa nhưng vẫn có thể sử dụng được như mục đích ban đầu.

21. **Hỏa hoạn** là đám cháy bắt nguồn hoặc lan ra ngoài nơi cháy được chỉ định. Là một phần của rủi ro bảo hiểm này, những thiệt hại do hư hỏng hoặc phá hủy vật phẩm được bảo hiểm do cháy nổ hoặc do dập tắt hoặc phá bỏ khi chữa cháy hoặc loại bỏ hậu quả của nó cũng có thể được bảo hiểm. Tuy nhiên, ngọn lửa không phát sáng và âm ỉ khi khả năng tiếp cận oxy hoặc hoạt động của ngọn lửa hữu ích và sức nóng của nó bị hạn chế. Hỏa hoạn cũng không phải là hậu quả của nhiệt khi xảy ra đoản mạch ở đường dây hoặc thiết bị điện, nếu ngọn lửa do đoản mạch không lan rộng thêm.

22. **Hoạt động thể thao chuyên nghiệp** là hoạt động thể thao do người được bảo hiểm thực hiện để được thanh toán, không phân biệt loại quan hệ pháp lý làm phát sinh quyền được thanh toán của người được bảo hiểm (quan hệ pháp luật lao động, quan hệ pháp luật thương mại, v.v.).

23. **Trộm cắp (tổn thất) đơn giản** là tình huống xảy ra mà không có sự chứng minh bằng vũ lực để vượt qua biện pháp an ninh bảo vệ ngăn chặn hành vi trộm cắp hoặc không có bất kỳ hành động bạo lực nào khác và khi người được bảo hiểm mất khả năng định đoạt tài sản một cách độc lập theo ý muốn của mình.

24. **Sử dụng tạm thời** trong bảo hiểm trách nhiệm được bồi thường thương tích cá nhân, hộ gia đình là hộ gia đình mà người được bảo hiểm chỉ sử dụng tạm thời trên cơ sở quyền sở hữu, thuê hoặc các mối quan hệ hợp đồng khác, bao gồm cả hộ gia đình được sử dụng với mục đích giải trí. Các hộ gia đình sử dụng tạm thời không phải là nhân viên, sinh viên hoặc ký túc xá khác dưới bất kỳ hình thức nào, bất kể khoảng thời gian sử dụng của người được bảo hiểm.

25. **Hợp đồng vận chuyển** còn bao gồm cả hợp đồng giao nhận.

26. **Sạt lở đất, sụt lở đất** là hiện tượng một lượng đáng kể đất, đá hoặc các loại đất khác bị dịch chuyển do tác động của trọng lực và do sự vi phạm đột ngột sự cân bằng lâu dài của mái dốc bề mặt trái đất đã đạt được thông qua sự phát triển.

27. **Sạt lở đất hoặc tuyết lở** là hiện tượng một khối băng hoặc tuyết bất ngờ chuyển động và lao xuống thung lũng.

28. **Hộ gia đình chung** bao gồm các cá nhân cùng chung sống lâu dài và cùng nhau trang trải chi phí cho các nhu cầu của họ (phải đáp ứng đồng thời cả hai điều kiện). Việc chung sống là lâu dài nếu các hoàn cảnh có thể xác định một cách khách quan chứng tỏ ý định của các người trong việc thiết lập và tiến hành việc chung sống như vậy, không chỉ trong một thời gian tạm thời. Việc thanh toán chung các chi phí có nghĩa là các thành viên cá nhân đóng góp vào nhu cầu của cuộc sống gia đình và nhu cầu của hộ gia đình chung tùy theo hoàn cảnh cá nhân và tài sản, khả năng và khả năng của họ để mức sống của tất cả các thành viên trong gia đình về cơ bản là có thể so sánh được. Việc cung cấp các lợi ích tài sản có tầm quan trọng tương tự như việc chăm sóc cá nhân cho gia đình và các thành viên trong gia đình.

29. **Xây dựng** là toàn bộ công trình xây dựng được tạo ra bằng công nghệ xây dựng, lắp ráp, không phân biệt thiết kế kỹ thuật xây dựng, sản phẩm xây dựng, vật liệu, kết cấu sử dụng, mục đích sử dụng và thời hạn sử dụng. (ví dụ: rào chắn, vỉa hè, khu vực trải nhựa). Bất kỳ

bể bơi ngoài trời nào được gắn chắc chắn vào lòng đất, bao gồm các bộ phận và phụ kiện của nó (ví dụ: tấm lợp, bộ lọc, bậc thang, dòng điện ngược, hệ thống sưởi ấm để làm nóng nước, gương phản xạ) cũng được coi là một công trình.

30. **Sự kiện có hại** là sự kiện gây ra thiệt hại hoặc thương tích và có thể là nguyên nhân dẫn đến quyền được bồi thường bảo hiểm.

31. **Rò rỉ chất lỏng từ thiết bị cấp nước**

Việc phát sinh khi vật phẩm bị hư hỏng hoặc bị phá hủy bởi nước, chất lỏng hoặc hơi nước thoát ra do bị hỏng, vỡ đột ngột và bất ngờ hoặc vi phạm tính toàn vẹn đột ngột khác, bên ngoài nơi đến từ:

a) bể chứa nước, bể bơi và bồn tắm nước nóng, nếu chúng nằm trên địa điểm bảo hiểm nơi có tòa nhà được bảo hiểm hoặc trên khu đất nơi hộ gia đình được bảo hiểm tọa lạc;
b) bể cá, theo đó thiệt hại gây ra cho động vật sống trong bể cá, thực vật và những thứ khác trong bể cá cũng như thiệt hại cho bể cá không được bảo hiểm;
c) các đường ống, phụ kiện nước được lắp đặt chắc chắn và đúng cách và các thiết bị vệ sinh hoặc thiết bị vệ sinh hoặc thiết bị sưởi ấm và thoát nước bên trong tòa nhà được kết nối chắc chắn và đúng cách;
d) ống hoặc thiết bị làm nóng nước nóng, nước nóng hoặc hơi nước bên trong tòa nhà;
e) hệ thống nước, nước nóng, nước nóng, hơi nước hoặc nước thải hoặc các đường nối với chúng;
f) máy giặt tự động, máy rửa chén, thiết bị làm nóng nước và các thiết bị tương tự được kết nối đúng cách;
g) thiết bị điều hòa không khí hoặc năng lượng mặt trời;
h) các vòi phun nước hoặc các thiết bị chữa cháy an toàn khác.

31.1. Bảo hiểm không bao gồm những thiệt hại gây ra bởi:

a) sự xâm nhập của nước ngầm, nước trong quá trình tắm rửa hoặc tắm vòi sen;
b) nước từ vòi mở;
c) do độ ẩm, rỉ sét, nấm mốc;
d) nước lũ;
e) lượng mưa trong khí quyển;
f) nước từ vòi phun nước hoặc thiết bị chữa cháy an toàn khác trong quá trình chữa cháy;
g) nước từ vòi phun nước;
h) nước rò rỉ trong quá trình thử áp suất hoặc liên quan đến việc sửa chữa thiết bị nối với hệ thống cấp nước hoặc thoát nước;
i) động đất hoặc lở đất,
j) mất nước, tức là đặc biệt là tổn thất tài chính về giá trị nước rò rỉ từ hệ thống cấp nước;
k) Hư hỏng do đổ, bắn tung tóe, tràn, rò rỉ từ từ.

31.2. Đặc biệt, người được bảo hiểm có nghĩa vụ:

a) duy trì thiết bị cấp nước ở tình trạng thích hợp;
b) đối với các tòa nhà hoặc các bộ phận của tòa nhà không được sử dụng lâu dài, phải đóng cửa, dọn sạch và giữ trống các cơ sở cấp nước trong đó;
c) trong mùa sưởi ấm, hãy làm trống các thiết bị riêng lẻ được kết nối với hệ thống sưởi ấm nếu nó không hoạt động.

32. **Thiệt hại do cố ý gây ra** là thiệt hại do hành vi cố ý hoặc cố ý gây ra. Trong trường hợp cung cấp hàng hóa hoặc cung cấp công trình và dịch vụ, thiệt hại là do cố ý cũng như nhận thức được về khiếm khuyết hoặc tác hại của hàng hóa được sản xuất hoặc giao hoặc công việc được thực hiện hoặc các hoạt động hoặc hành động được thực hiện.

33. **Thiệt hại về sức khoẻ và tính mạng** là bồi thường cho những chi phí y tế đã được chi tiêu có mục đích, bồi thường cho những đau đớn đã phải gánh chịu, bồi thường cho những khó khăn trong việc ứng dụng xã hội, bồi thường cho những đau khổ về tinh thần, bồi thường chi phí nuôi sống những người còn sống, bồi thường những chi phí hợp lý liên quan đến tang lễ.

34. **Thiệt hại về tài sản** là sự hư hỏng, hủy hoại, mất mát tài sản.

35. **Nổ** là sự giãn nở đột ngột của khí hoặc hơi ra bên ngoài. Tuy nhiên, vụ nổ không phải là tiếng nổ khí động học do hoạt động của máy bay gây ra. Vụ nổ cũng không phải là phản ứng trong buồng đốt của động cơ, trong súng chính và các thiết bị khác trong đó năng lượng của vụ nổ được sử dụng có mục đích hoặc trong các hoạt động sử dụng năng lượng của vụ nổ có mục đích.

36. **Hoạt động có lợi nhuận** là hoạt động mà công dân có thu nhập phải nộp thuế thu nhập. Vì mục đích của bảo hiểm này, hoạt động tạo thu nhập không được coi là hoạt động tạo thu nhập không thường xuyên không do doanh nhân thực hiện.

37. **Ngày bắt đầu bảo hiểm** là ngày có số ngày và tên tháng trùng với ngày bắt đầu bảo hiểm.

38. **Đồ vật bị phá hủy** là sự thay đổi về tình trạng của đồ vật đó mà về mặt khách quan, việc sửa chữa không thể loại bỏ được, giá của đồ vật đó không vượt quá số tiền bảo hiểm hoặc đồ vật đó không còn có thể sử dụng được theo mục đích ban đầu.