

ERGO pojišťovna, a.s.

Vyskočilova 1481/4, Praha 4

Zápis v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze,
oddíl B, vložka 2740, IČO: 61858714, DIČ: CZ61858714

Медичне страхування для іноземців - Welcome

(Welcome 181201)

The ERGO logo is located in the bottom right corner of the page. It consists of the word "ERGO" in a bold, red, sans-serif font. The letters are closely spaced and have a slight shadow effect, giving it a three-dimensional appearance. The background of the logo area is white, and there is a large, abstract, dark red shape on the left side of the page that partially overlaps the logo's vertical position.

Platnost od 01.12.2018

**Медичне страхування іноземців
(тільки для інформації)**

Інформація для осіб, зацікавлених у укладанні договору страхування (перед укладенням договору страхування)

1. Інформація про страховика

A) Фірма і юридична форма страховика

ERGO rojišťovna, a.s., Ідентифікаційний номер компанії: 618 58 714, що здійснює страхову діяльність та діяльність, пов'язану зі страховою та перестраховою діяльністю у сенсі Закону № 277/2009 Зб., Про страхування, із змінами.

B) Адреса страховика

Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4, Чеська Республіка **C) Реєстрація в Торговому реєстрі**
Торговому реєстр Міського суду в Празі, розділ B, вкладиш 2740

D) Назва та адреса органу, відповідального за нагляд за діяльністю страховика

Чеський національний банк, адреса: Na Příkopě 28, 115 03 Praha 1

E) Контактні дані та спосіб обробки скарг

По телефону: +420 221 585 111

По електронній пошті: info@ergo.cz

По електронній пошті: stiznosti@ergo.cz

Web: www.ergo.cz

Поштою: листом на адресу страховика

Особисто: на адресі штаб-квартири страховика, відділення (список відділень можна знайти на сайті www.ergo.cz)

Скаргу також можна подати у Чеську асоціацію страхових компаній або у Чеський національний банк.

Для можливого позасудового врегулювання споживчих суперечок, у разі страхування життя відповідним органом є Фінансовий арбітр, Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, а в інших секторах страхування Чеська фінансова інспекція, Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

F) Мова спілкування між Договірними Сторонами

Чеська мова

G) Інформація про платоспроможність та фінансовий стан страховика

доступна на сайті www.ergo.cz у розділі Про компанію/Правова інформація.

H) Контактні дані для процедури подання заявки на страхову виплату

По телефону: + 420 221 585 111

Web: www.ergo.cz

2. Інформація про зобов'язання

A) Визначення медичного страхування для іноземців

Предметом страхування є очевидні витрати, пов'язані з перебуванням застрахованої особи на території Чеської Республіки (далі «ЧР») або її поїздкою в інші країни Шенгенської зони, які виникли у зв'язку з медичними витратами застрахованого в результаті хвороби або травми, а також витрати на репатріацію. На це страхування, яке укладає ERGO rojišťovna, a.s., поширюється Закон № 89/2012 Зб., Цивільний

кодекс, з поправками (далі іменованій «ЦК») та інші загальнообов'язкові правові норми Чеської Республіки, Загальні умови страхування для медичного страхування іноземців - WELCOME 181201 (далі - ЗУС), договір страхування і будь-які інші договірні угоди.

В) Хто може бути страхувальником

Договір страхування може бути укладений тільки фізичними особами, що проживають в Чеській Республіці, або юридичними особами, що мають зареєстрований офіс в Чеській Республіці або філію, на яку поширюється страхування.

С) Особи, які не можуть бути застраховані

Договір страхування не можуть укласти:

- a) особи з важкими нервовими розладами, до яких відносяться, перш за все, розлади, які пов'язані з серйозними фізичними обмеженнями, зокрема, обмеженнями повсякденної та робочої діяльності. Ці розлади також включають в себе розсіяний склероз, бічний аміотрофічний склероз (ALS), хворобу Паркінсона, постінсультні стани з обмеженою рухливістю, епілепсію, новоутворення центральної нервової системи, поліневропатію з порушенням моторики, важке пошкодження головного або спинного мозку з обмеженою рухливістю, депресію, приступи втрати свідомості і запаморочення;
- b) особи з психічними захворюваннями - такими як маніакально-депресивні психози, шизофренічні і параноїдні розлади, хвороба Альцгеймера та інші форми деменції, психоорганічний синдром, синдром Дауна, гідроцефалія головного мозку, аутизм;
- c) особи з наступними захворюваннями і обмеженнями: глухота (двостороння), сліпота (двостороння), параліч, наркотична, алкогольна та лікарська залежність, цироз печінки, рак, злоякісні пухлини (карцином), туберкульоз, діаліз нирок, ВІЛ-інфекція, СНІД.

Д) Обсяг страхового захисту і територіальне охоплення

Договір страхування можна укласти в рамках «комплексного медичного обслуговування», яке надається в тій же мірі, що і державне медичне страхування, але з обумовленими винятками із страхування і узгодженими межами відшкодування. Таким чином, страхування не передбачає відшкодування в обсязі або в розмірі, в якому воно покривалося б за рахунок державного медичного страхування, і не є ідентичним страхуванню на випадок хвороби, відповідно до § 2847 і слід. ЦК. Страхування також може бути оформлено в діапазоні «необхідної та невідкладної» медичної допомоги. Територіальне охоплення страхування додатково вказано в статті 3 ЗУС.

Е) Винятки з страхування

В рамках страхування не надаються страхові виплати за: лікування захворювань, травм та інших груп діагнозів, які існували до початку страхування; медичне обслуговування, яке не оплачується громадянам ЧР, які беруть участь в державному медичному страхуванні в сенсі загальнообов'язкових правових норм; медичне обслуговування, яке надається застрахованій особі в медичному закладі, який не надає такого догляду громадянам ЧР, які беруть участь в державному медичному страхуванні в сенсі загальних обов'язкових правових норм, за винятком гострих загроз для життя (наприклад, деякі приватні клініки); вартість ліків, які застрахований отримав без рецепта; вартість косметичного лікування та його наслідків, хіропрактичні процедури або терапія; виготовлення і модифікація протезів, ортезів, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів тощо.; переривання вагітності, якщо вона не становить загрози для життя або здоров'я жінки або не має на увазі генетично неповноцінний розвиток плоду, тобто в тих випадках, коли переривання вагітності виправдано з медичної точки зору; лікування безпліддя і штучне запліднення; медичне втручання і його можливі наслідки, якщо застрахована особа здійснила поїздку до ЧР або за кордон з метою проходження цієї медичної процедури; вартість лікування родича застрахованої особи (наприклад, чоловіка, дружини, батьки); санаторно-курортне лікування та оздоровчі заходи; витрати на лікування, понесені в результаті застосування лікування, яке не розглядається медичної професією як *lege artis*; лікування хвороб, травм і їх наслідків, викликаних військовими подіями або участю в масових протестах, акціях громадянської непокорі або інших заворушеннях; лікування травм в результаті аварій автотранспортних засобів при водінні без відповідного дозволу (водійських прав), якщо вони сталися за межами території ЧР; транспортування з використанням санітарної авіації, якщо тільки перевезення не було попередньо схвалене службою допомоги; регулюючі збори і доплати; лікування в зв'язку з вчиненням злочину і порушення, яке кваліфікується як проступок, якщо вони відбулися за межами території ЧР; лікування в результаті самогубства або спроби самогубства, якщо вони відбулися за межами території ЧР; навмисне заподіяні захворювання і травми, якщо вони були

отримані за межами території ЧР; травми під впливом алкоголю, наркотиків або інших психотропних речовин, якщо вони були отримані за межами території ЧР.

Страхові виплати не надаються, якщо застрахований відмовляється від репатріації, лікування або необхідного медичного огляду лікарем, призначеним страховиком або постачальником послуг з надання допомоги, призначеним страховиком.

Страхові виплати не надаються в разі травм, отриманих при парашутизмі і параглайдінгу, стрибках з парашутом з висоти, використанні безмоторних літаків, моторних дельтапланів, надлегких повітряних суден, ракетопланів, при банджі-джампінгу, польотах на повітряних кулях, апаратах на повітряній подушці; крім того, страхування не поширюється на травми, отримані під час виконання службових обов'язків пілотів, інших членів екіпажу та осіб, що виконують службові обов'язки за допомогою літаків; страхування також не покриває підводне плавання, включаючи декомпресію, альпінізм, скелелазіння, сходження на льодопади і водоспади, рафтинг, катання на каное по бурхливих річках, веслування, скіальпінізм, катання на лижах на непозначених трасах, мотокрос і мотогонки, карате, таеквондо, айкідо, кунг-фу, дзюдо, бокс, кікбокс тощо.

Страховування не поширюється на спортивну діяльність професійних спортсменів.

У тарифі Welcome Komplex, на медичне обслуговування, пов'язане з вагітністю, поширюється період очікування довжиною три місяці з початку страхування, а на пологи та наступне медичне обслуговування - довжиною вісім місяців від початку страхування, тобто, страховим випадком не є вагітність застрахованої особи та медичне обслуговування, яка виникла до кінця третього місяця періоду страхування, та пологи, які відбулися до кінця восьмого місяця періоду страхування а також наступний післяпологовий догляд, пов'язаний зі згаданими пологами.

F) Термін дії договору страхування, період страхування

Страховування починається і закінчується в день і час, зазначені в договорі страхування в якості початку і закінчення страхування, а для страхових договорів, укладених дистанційно, це положення діє тільки якщо перший страховий внесок був сплачений до узгодженого початку страхування, і договір страхування (пропозиція), таким чином, був прийнятий страхувальником в запропонованому обсязі шляхом сплати першого страхового внеску. В іншому випадку договір страхування не буде укладений. Договір страхування також вважається страховим полісом. Страхування оформлюється на певний термін і закінчується в день і час, вказані в договорі страхування в якості кінця страхування. Період страхування збігається з терміном страхування, на який укладається страхування. Страхування не може бути укладено заднім числом.

Мінімальна тривалість страхування в тарифі Welcome Standard і Welcome Plus становить 1 місяць, Welcome Komplex - 4 місяці, і Welcome Baby і Welcome Дитина+ - 12 місяців.

G) Методи припинення страхування, вихід з договору страхування

Страховування припиняється за угодою між страхувальником і страховиком; після закінчення терміну страхування; припиненням страхового інтересу; припиненням страхового ризику; в день смерті застрахованої особи або в день розпуску юридичної особи без правонаступника, і/або в день смерті або розпуску страхувальника відповідно до ст. 7, пункт 4 ЗУС; після закінчення трьох місяців з дати укладення договору страхування, якщо не була отримана згода застрахованої особи, якщо така згода вимагається згідно із загальнообов'язковими правовими нормами; в день відмови страховика виплатити відшкодування відповідно до пункту 5 статті 5 ЗУС.

Страховування також може бути припинено розірванням договору страховиком або страхувальником. Страхувальник або страховик може припинити страхування з восьмиденним терміном повідомлення протягом двох місяців з моменту укладення договору страхування або з місячним терміном повідомлення протягом трьох місяців з дати повідомлення про настання страхового випадку. Страхувальник може припинити страхування з восьмиденним терміном повідомлення, якщо страховик, при визначенні розміру страхового внеску або при розрахунку страхового внеску, порушив принцип рівного ставлення; протягом одного місяця з дня, коли він отримав повідомлення про передачу страхового портфеля або його частини або про зміну страховика; або протягом одного місяця з дати опублікування повідомлення про те, що страховик втратив ліцензію на здійснення страхової діяльності. Страховик може припинити страхування з періодом повідомлення вісім днів, при збільшенні страхового ризику в розмірі та на умовах, зазначених в ст. 5, п. 8, а) і б) ЗУС. Страхування також припиняється при виході з договору страхування з дією на дату укладення договору страхування. Страхувальник може вийти з договору страхування:

- а) без наведення причин, протягом чотирнадцяти днів з моменту укладення договору страхування або з дня, коли він був поінформований про умови страхування, якщо договір страхування був укладений дистанційно або за межами приміщень страховика;

- b) якщо страховик або його уповноважений представник при укладанні або зміні договору страхування навмисно або з необережності неправдиво або неповністю відповість на письмові запитання страхувальника, що стосуються страхового полісу. Страхувальник може скористатися цим правом протягом двох місяців з дня, коли він виявив такий факт;
- c) якщо страховик при укладанні договору страхування міг знати про невідповідності між пропонованим страхуванням і вимогами зацікавленої особи, і не попередив про це страхувальника. Страхувальник може скористатися цим правом протягом двох місяців з дня, коли він виявив такий факт. Страховик може відмовитися від договору страхування, якщо страхувальник або застрахований при укладанні або зміні договору страхування навмисно або з необережності неправдиво або неповністю відповість на письмові запитання страховика, що стосуються страхування, якщо правдиві і повні відповіді не дозволили б укласти договір страхування. Страховик може скористатися цим правом протягом двох місяців з дня, коли він виявив такий факт. Повідомлення про вихід страхувальника з договору повинно бути складене в письмовій формі і відправлене на адресу зареєстрованого офісу страховика. Страховик зобов'язаний без невинуватої затримки, протягом одного місяця з моменту отримання повідомлення про вихід з договору страхування, повернути страхувальнику виплачену премію, за вирахуванням суми, яку використовував, а страхувальник, застрахований або вигодонабувач зобов'язаний в той же термін повернути страховику суму виплаченого страхового відшкодування, яка перевищує суму виплаченої премії. Право вийти з договору страхування закінчується, якщо воно не було використане протягом застосовного терміну для окремих причин для виходу так, як описано вище. Бланк виходу з договору страхування доступний на сайті www.ergo.cz в розділі «Обслуговування клієнтів», або в головному офісі або у філії страховика.

Н) Інформація про розмір страхового внеску та межі страхового захисту

Страховий внесок - це плата за страховку, надану страховиком в обсязі, зазначеному в договорі страхування. Розмір внеску визначається страховиком відповідно до обсягу страхування, обраного особою, зацікавленою в укладанні договору страхування, і повідомляється такій особі завжди перед укладенням договору страхування. Розмір внеску залежить від обраного тарифу, віку застрахованої особи та обсягу страховки. Межі страхового захисту залежать від обраного обсягу страхового захисту, див. Таблиці на останніх сторінках ЗУС. У страховому внеску за медичне страхування іноземців, додаткові витрати розраховуються як 45% від премії.

Межі страхового захисту залежать від обраного обсягу страхового захисту, див. Таблиці на останніх сторінках ЗУС.

І) Способи сплати і термін сплати внеску

Внесок можна узгодити тільки як одноразовий внесок. Одноразовий внесок сплачується в день початку страхування. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий внесок відразу за весь період страхування при укладанні договору страхування. Якщо внесок сплачується через фінансову установу, банк або постачальника поштових послуг, він вважається заплаченим в день відправлення повної суми на відповідний рахунок страховика у фінансовій установі або шляхом виплати повної суми готівкою страховику або особі, уповноваженій приймати страховий внесок. Перший внесок також можна оплатити готівкою. Внесок повинен бути сплачений в місцевій валюті, якщо не домовлено інше. Внесок, сплачений без або з невірним варіабільним символом, вважається несплаченим.

Ж) Збори

Страховик не стягує спеціальні збори за використання засобів дистанційного зв'язку. Крім внесків, стягуються такі збори:

Оформлення розірвання договору страхування протягом 2 місяців з моменту укладення страхування	40% невикористаної премії
Видача дублікату страховки / поточний статус договору з системи	50 чеських крон
Видача фотокопії пропозиції / договору з зовнішнього архіву	100 чеських крон
Видача довідки про сплату страхового внеску (на вимогу)	50 чеських крон

Припинення страхування в разі втрати страхового інтересу	40% невикористаної премії
--	---------------------------

К) Закон, що застосовується до договору страхування, вирішення суперечок

Всі договори страхування, укладені з ERGO pojišťovna, a.s. регулюються законодавством Чеської Республіки. Розгляд суперечок здійснюється в судах в Чеській Республіці. Особа, зацікавлена в укладенні договору страхування, може отримати додаткову інформацію про медичне страхування іноземців за запитом. У разі укладення договору страхування дистанційно, страхувальник має право отримати умови страхування в паперовій формі в будь-який час протягом терміну дії страхового договору.

L) Метод визначення розміру страхового відшкодування

Методом визначення розміру страхового відшкодування є метод, заснований на шкоді або сумі в залежності від конкретного страхового захисту, див. відповідні статті ЗУС.

M) Наслідки порушення страхових зобов'язань

Страховик звертає увагу на формулювання статті 18 МПП щодо наслідків порушення зобов'язань, що впливають з договору страхування.

Загальні умови медичного страхування іноземців - WELKOME 181201

Частина I Вступні положення	7
Стаття 1 Предмет страхування	7
Стаття 2 Страховий випадок	7
Стаття 3 Територіальна дія страхування	7
Стаття 4 Початок та термін дії страхування	7
Стаття 5 Припинення дії страхування	8
Стаття 6 Страховий інтерес	9
Стаття 7 Страхування чужого страхового ризику та страхування на користь третьої сторони	9
Стаття 8 Зміна страхового ризику	10
Стаття 9 Страховий внесок	10
Стаття 10 Об'єм страхування	11
Стаття 11 Служба підтримки	12
Стаття 12 Час очікування	12
Стаття 13 Оплата та терміни страхового відшкодування	13
Стаття 14 Відмова від страхового відшкодування та його зниження	13
Стаття 15 Винятки зі страхування	14
Стаття 16 Особи, що не підлягають страхуванню	15
Стаття 17 Зобов'язання страхувальника та застрахованої особи	15
Стаття 18 Наслідки порушення зобов'язань	16
Стаття 19 Права страховика на встановлення та аналіз даних страхувальника	17
та застрахованої особи	17
Частина II Прикінцеві положення	17
Стаття 20 Фінансові збори	17
Стаття 21 Юридичні переговори, листування	17
Стаття 22 Прикінцеві положення	17
Частина III Роз'яснення термінів	18
Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Standard	19
Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Plus	20
Договірні угоди про медичне страхування іноземців, узгоджені в тарифі Welcome Baby	20
Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Дитина+	20
Договірні положення щодо медичного страхування іноземців Welcome, оформленого за тарифом Prenatal	21
Інформативний огляд обсягу страхування	21

Дія від 1.12.2018

Частина I Вступні положення

Медичне страхування іноземців, котре укладає ERGO страхове акціонерне товариство (далі «страховик») підлягає дії закону № 89/2012 Цивільного кодексу з поправками (далі «ЦК»), а також відповідним положенням закону № 277/2009 ЦК про страхову діяльність із поправками; ці Загальні умови страхування медичного страхування іноземців WELKOME 181201 (далі «ЗСУ»), які становлять невіддільну частину страхового договору, а також будь-які інші угоди теж становлять невіддільну частину страхового договору. Страхування відповідає вимогам закону № 326/1999 ЦК про перебування іноземців, з поправками.

Страховий договір зі сторони страхувальника можуть підписувати лише фізичні особи з місцем проживання в ЧР, або ті, котрі мають офіс або філіал у ЧР, до якого страхування відноситься.

Стаття 1 Предмет страхування

1. Предмет страхування складають лікувальні витрати застрахованої особи, що виникли в результаті її захворювання або травми під час перебування на території Чеської Республіки, якщо не зазначено інше.
2. Предмет страхування становлять, також і витрати, пов'язані з репатріацією застрахованої особи.
3. Страхування, відповідно до ЗСУ, укладається як страхування шкоди.

Стаття 2 Страховий випадок

1. Страховим випадком, у рамках медичного страхування іноземців, вважаються доказані витрати на лікування застрахованої особи протягом періоду страхування.

Стаття 3 Територіальна дія страхування

1. Страхування поширюється на страхові випадки, що сталися на території ЧР, або під час поїздок до інших країн Шенгенської угоди. Якщо договір страхування укладений в рамках тарифів Welcome Komplex, Welcome Baby або Welcome Дитина+, то під час виїзду з ЧР на територію інших країн Шенгенської угоди надається страховий захист лише в об'ємі «необхідної та невідкладної допомоги», відповідно до тарифу Welcome Plus.
2. Якщо у страховому договорі не зазначено інше, страхування не покриває страхові випадки, що виникли:
 - a) в країнах, де застрахована особа має громадянство;
 - b) в країнах, де застрахована особа бере участь у громадському медичному страхуванні або має право на безкоштовну медичну допомогу.
 - c) під час виїзду з ЧР у інші країни Шенгенської угоди у зв'язку із виконанням робочих обов'язків чи інших обов'язків, що виконуються за оплати.

Стаття 4 Початок та термін дії страхування

1. Страхування починає діяти в день та час, зазначений у страховому договорі як початок страхування, а в страхових договорах, укладених дистанційно передбачено, що зазначене є дійсним лише при умовах, якщо перший страховий внесок було сплачено ще перед початком дії страхування, а страхова угода (пропозиція) була прийнята стороною страхувальника в запропонованому обсязі одразу після оплати першого страхового внеску. В іншому випадку укладення договору про страхування не відбудеться. Страховий захист забезпечується виконанням наступних умов:
 - a) наступив день та година початку дії страхування, зазначений у страховому договорі, а
 - b) страховий внесок був повністю оплачений.
2. Страхування укладається на певний термін, тривалість дії страхування обмежується днями, зазначеними в страховому договорі. Страхування закінчується у день та час, зазначений у страховому договорі як кінець дії страхування. Якщо медична допомога продовжується після закінчення терміну дії страхування, а застрахована особа не спроможна до репатріації, страховик повинен надати страхове забезпечення до того часу, поки застрахована особа не стане спроможною до перевезення, але максимально до 4 тижнів очікування (тобто 28 днів) від кінця дії страхування.

Стаття 5 Припинення дії страхування

1. Страхування може припинити дію за домовленістю між страховиком і страхувальником.
2. Страхування перестає діяти по закінченню страхового періоду, якщо у страховому договорі не зазначено інше.
3. Страхування перестає діяти при втраті страхового інтересу. Страховик має право на страховий внесок до моменту, коли про втрату страхового інтересу стало відомо.
4. Страхування перестане діяти по закінченню трьох місяців від дня укладення договору страхування, якщо застрахована особа не дала згоду, у випадку, якщо згода вимагається відповідно до правових загальнообов'язкових правил.
5. Страхування перестає діяти у день відмови від страхового відшкодування страховиком, якщо причиною відмови стали наступні факти:
 - a) про які страховик дізнався вже після настання страхового випадку,
 - b) і про котрі страховик, під час укладення договору страхування або його змін, не міг дізнатись по причині порушення застрахованою особою зобов'язань надання правдивої інформації
 - c) при володінні якою, страховик би страховий договір не підписав, або підписав з іншими умовами.
6. Страховий договір обидві сторони можуть розірвати:
 - a) протягом двох місяців від дня укладення страхового договору. У день отримання повідомлення щодо розірвання договору, починає відрховуватись восьмиденний період, після якого дія страхування припиняється;
 - b) протягом трьох місяців від дня повідомлення про виникнення страхового випадку. У день отримання повідомлення щодо розірвання договору, починає відрховуватись період в один місяць, після якого дія страхування припиняється;
7. Страховик має право розірвати страховий договір у період вісім днів:
 - a) протягом двох місяців від дня, коли стало відомо, що страхувальник порушив принцип рівноцінного ставлення, визначений в ГК;
 - b) протягом одного місяця від дня отримання повідомлення щодо переводу страхового портфеля чи його частини, або зміни страховика;
 - c) протягом одного місяця від дня публікації повідомлення, що у страховика було вилучено ліцензію на здійснення страхової діяльності.
8. Розірвати страховий договір страховик може:
 - a) протягом одного місяця від дня, коли було повідомлено про зміну обсягу страхового ризику відповідно до ст. 8, абзац 5 ЗСУ, якщо страховик, при існуванні такого ризику під час підписання страхового договору, не погодився би на підпис даної страхової угоди. У день отримання повідомлення щодо розірвання договору, починає відрховуватись восьмиденний період, після якого дія страхування припиняється;
 - b) протягом двох місяців від дня, коли страховик довідався про підвищення страхового ризику, якщо зміна не була страхувальником чи застрахованою особою оголошена. У день отримання повідомлення про розірвання страхового договору страхування перестає діяти.
9. Страхувальник може розірвати страховий договір:
 - a) до 14 днів від дня укладення страхового договору без пояснення причини, або від дня, коли він був проінформований щодо умов страхування, була страхова угода укладена у формі договору на відстані чи поза офісом страхувальника;
 - b) якщо страховик або його уповноважений представник при укладенні страхового договору, або його зміні навмисно чи з необережності надасть неправдиву або неповну інформацію, яка відноситься до страхування. Даним правом страхувальник може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим;
 - c) якщо страховик при укладенні страхового договору знав і не попередив клієнта про невідповідності між запропонованим типом страхування і вимогами клієнта. Даним правом страхувальник може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим.
10. Страховик має право розірвати страховий договір, страхувальник або застрахована особа при укладенні страхового договору, або його зміні навмисно чи з необережності нададуть неправдиву або неповну інформацію, яка відноситься до страхування, у тому випадку, якщо би страховик при володінні усією правдивою інформацією страховий контракт не укладав. Даним правом страховик може скористатись протягом двох місяців від дня, коли такий факт став відомим.
11. Розірвання договору страхувальником може бути здійснено у письмовій формі, після чого документ повинен бути надісланий на адресу страховика. Страховик, без зайвої затримки, повинен, протягом одного місяця від дня отримання документу, що підтверджує розірвання договору, повернути страхувальнику сплачену суму страхового внеску, від якої відрхується сума коштів, що оплатити вже

виконану страховиком частину договору, а страхувальник, застрахована особа, чи бенефіціар, у свою чергу, повинен, у цей самий термін, повернути суму коштів, що перевищує суму виплаченого відшкодування.

12. Право на розірвання страхового договору анулюється, якщо його не було використано у встановлений термін.
13. Страховка втрачає силу при зникненні страхового ризику, смерті застрахованої особи або у день зникнення юридичної особи без правонаступника або при смерті чи зникненні страховика відповідно до ст. 7, абзац 4 ЗСУ.
14. У разі припинення чи розірванні страхового договору, страховику належить страховий внесок до кінця терміну дії страхування.

Стаття 6 Страховий інтерес

1. Страховий інтерес - це законна необхідність у захисті від наслідків страхового випадку, а також основна умова початку та тривалості дії страхування.
2. Страховик має страховий інтерес власного життя та здоров'я. Вважається, що страховик має страховий інтерес життя і здоров'я третьої особи, якщо буде засвідчено інтерес, зумовлений відношенням до цієї третьої особи (рідня, обумовлена вигода чи вигода від продовження життя цієї особи тощо).
3. Страховик має страховий інтерес власного маєтку. Вважається, що страховик має страховий інтерес маєтку третьої особи у випадку, якщо буде підтверджено, що без його існування та збереження йому би загрожувала пряма втрата маєтку.
4. Вважається, що страховий інтерес страховика стає підтвердженим у випадку, коли застрахована особа дає згоду на страхування.
5. Якщо страховик не мав страхового інтересу, а страхувальнику, під час підписання страхового договору, було про це відомо - страховий договір вважається недійсним.
6. Якщо страховик свідомо застрахує страховий інтерес, котрого не існує, а страхувальник про це не знав і знати не міг - страховий договір вважається недійсним. Страхувальник, у такому випадку, має право на винагороду, що відповідає страховому внеску до того моменту, коли про недійсність договору стало відомо.
7. Якщо страховий інтерес зникне протягом дії страхування, то страхування теж стає недійсним. У такому випадку страхувальник має право на страховий внесок до моменту, коли про недійсність договору стало відомо.

Стаття 7 Страхування чужого страхового ризику та страхування на користь третьої сторони

1. Якщо страховик, на свою власну користь, укладе страховий договір, який відноситься до страхового ризику, як можливої причини виникнення страхового випадку у третьої сторони, то він має право на страхове відшкодування, якщо доведе, що третя сторона була з обсягом страхового договору ознайомлена та розуміє, що право на відшкодування у неї немає та погоджується, щоб страховик отримав страхове відшкодування. Якщо потрібно застрахувати нащадка страхувальника, котрий є неповнолітнім, особливий дозвіл не вимагається, якщо страхувальник сам законний представник, а про страхування маєтку не йдеться.
2. Якщо потрібна згода застрахованої особи, або його законного представника, а страхувальник його не пред'явить протягом трьох місяців від дня укладення страхового договору, дія такого договору припиняється. Якщо протягом цього терміну виникне страховий випадок, а згода застрахованої особи ще не була отримана, застрахована особа отримує право на страхове відшкодування.
3. Якщо страхувальник поступиться страховим договором без згоди застрахованої особи, або його законного представника, цей крок не враховується. Це не діє, якщо наступник є особою, у котрій згода на страхування не вимагається.
4. У день смерті страхувальника, або у день його зникнення без законного представника, застрахована особа входить у страховий договір; якщо застрахована особа у письмовій формі повідомить страховику протягом 30 днів від дня смерті страхувальника, або його зникнення, що вона не зацікавлена у подальшій дії страхування - воно припиняє дію у день смерті чи зникнення страхувальника. Наслідки продовження по відношенню до застрахованої особи не відбудуться скоріше, ніж після закінчення п'ятнадцяти днів від дня, коли застрахована особа про свій вхід у страховий договір дізналась.
5. Якщо страховий договір укладений на користь третьої сторони, може, у такому випадку, ця сторона надати згоду додатково, під час використання свого права на страхове відшкодування. Третя сторона має право на страхове відшкодування, якщо застрахована особа чи її законний представник, дали

згоду третій сторони на прийняття страхового відшкодування після того, як застрахована особа чи представник були ознайомлені зі змістом страхового договору.

6. Якщо на користь третьої сторони застраховано чужий страховий ризик, діють положення абзаців 1-4 цієї статті відповідно.

Стаття 8 Зміна страхового ризику

1. Якщо зміняться обставини, що були зазначені в страховому договорі або про які страхувальник запитував перед підписанням чи зміною умов договору, важливо, що вони підвищують ймовірність настання страхового випадку з точно узгодженого страхового ризику, так підвищиться страховий ризик.
2. Страховик не має права без згоди страхувальника зробити дію, що підвищує страховий ризик, а також дозволити це зробити третій стороні; якщо стане відомо, що страховик допустив без згоди страхувальника підвищення страхового ризику, страховик невідкладно повинен про це дізнатись. Якщо страховий ризик підвищиться незалежно від волі страховика, він невідкладно повинен повідомити про цей факт страхувальника. Якщо застраховано чужий страховий ризик, дане зобов'язання повинна виконати застрахована особа.
3. У випадку, коли б страхувальник уклав страховий договір з іншими умовами, і якщо б страховий ризик у вищій мірі існував вже під час укладення страхового договору, страхувальник би набув права запропонувати нову ціну страхування. Якщо він так не зробить протягом одного місяця від дня, коли йому було повідомлено про зміну, дане право скасовується.
4. Якщо пропозиція про підвищення страхового внеску, відповідно до аб. 3 даної статті, не прийнята протягом одного місяця від дня її отримання, або якщо новозатверджений страховий внесок не оплачений протягом одного місяця від дня отримання даної пропозиції, страхувальник має право розірвати страховий договір протягом восьми днів. дане право страхувальника скасовується, якщо він не розірве страховий договір протягом двох місяців від дня, коли отримав незгоду із пропозицією про підвищення страхового внеску, або коли пройшов термін для її прийняття.
5. У випадку, якщо би страховик, в силу дійсних умов, під час укладення страхового договору не уклав би його, існував би страховий ризик у збільшеному ступені вже під час укладення страхового договору, страховик би мав право розірвати страховий договір протягом восьмиденного терміну. Якщо страховик не розірве страховий контракт протягом одного місяця від дня, коли зміна страхового ризику йому була повідомлена, скасовується його право на розірвання страхового контракту.
6. Якщо страхувальник чи застрахована особа порушать зобов'язання повідомити про підвищення страхового ризику, страховик набуває права на розрив страхової угоди безтерміново. Якщо страховик розірве страховий договір, йому належатиме страховий внесок до кінця страхового терміну дії, у котрому страхування втратило дійсність; одноразовий страховий внесок належатиме страховику у повному обсязі. Якщо страховик не розірве страховий договір протягом двох місяців від дня, коли про він дізнався про підвищення страхового ризику, його право на розірвання договору таким чином скасовується.
7. Якщо страховик чи застрахована особа порушать зобов'язання повідомити про підвищення страхового ризику, а якщо після даної зміни настане страховий випадок, страховик набуває права знизити страхове відшкодування у співвідношенні зі страховим внеском, який він отримав до розміру страхового внеску, який би страховик мав отримати, якщо би про підвищення страхового ризику він вчасно довідався.
8. Положення про підвищення страхового ризику не застосуються, якщо підвищення ризику виникло в результаті запобігання чи зменшення шкоди, або в результаті страхового випадку, або ж в результаті переговорів про наказ людяності.

Стаття 9 Страховий внесок

1. Страховик має право на страховий внесок за період дії страхового договору, якщо інше не обумовлено.
2. Страхувальник зобов'язаний сплатити страховий внесок у встановленому розмірі.
3. Страховий внесок сплачується готівкою або на рахунок, визначений страховиком з усіма вказаними реквізитами та номером договору. Страховий внесок переведений з неправильними реквізитами не вважається оплаченим.
4. Страховий внесок обумовлений у якості одноразового страхового внеску.
5. Страховий внесок підлягає оплаті починаючи від дати страхування.
6. Страховий внесок вважається сплаченим:

- a) при оплаті банківським переказом з рахунку на момент надходження відповідної суми страхового внеску на банківський рахунок страховика з правильно заповненими реквізитами; проте, у разі сплати першого страхового внеску, страховий внесок вважається оплаченим на момент списання відповідної суми страхового внеску з банківського рахунку, з якого страховий внесок оплачується;
 - b) при оплаті посередництвом поштового платежу, датованим днем подання платежу в поштовому відділенні;
 - c) при оплаті готівкою в день оплати представнику страховика щодо виданого підтвердження про отримання платежу.
7. Розмір суми страхового внеску регулюється вступним віком застрахованої особи, вибраним тарифом та терміном страхування.
8. Якщо страховий випадок настав, в результаті якого страхування припиняється, страховий внесок належить страховику до закінчення страхового терміну, в якому виник страховий випадок; одноразовий страховий внесок у такому випадку належить страховику за весь період, на який було укладено страхування, якщо інше не було обумовлено.

Стаття 10 Об'єм страхування

1. Страхування можна випрацювати в межах «комплексного медичного догляду», який надається в об'ємі, подібному до державного медичного страхування, але із узгодженими винятками зі страхування, а також із узгодженими обмеженнями страхового відшкодування. Страхування, у цьому випадку, не забезпечує відшкодування у розмірі, в якому би воно було відшкодовано при державному медичному страхуванні, а також не є ідентичним із страхуванням на випадок хвороби відповідно до § 2847 і наст. ОЗ з поправками.
2. Страхування охоплює лікування захворювань, травм та інших діагнозів, що виникли після початку дії страхування.
3. Страхування розповсюджується лише на медичну допомогу, надану уповноваженим медичним персоналом.
4. Страхування розповсюджується на:
 - a) амбулаторне медичне лікування;
 - b) ліки за лікарським рецептом; ліками не вважаються допоміжні препарати, навіть якщо вони були виписані лікарем та містять лікувальні елементи, профілактичні ліки, косметичні засоби та наркотики;
 - c) медичні пристрої пов'язані з лікування застрахованої особи (гіпс, перев'язки, милиці тощо);
 - d) фізична терапія, якщо рекомендована лікарем, наприклад лікування опроміненням, теплом тощо;
 - e) діагностичне обстеження (рентген, електроенцефалограма, електрокардіографія тощо);
 - f) у випадках стаціонарного лікування, стандартне розміщення у лікарні відповідно до правил місцевого законодавчого провадження, яке знаходиться під постійним медичним доглядом, містить достатні терапевтичні та діагностичні можливості, працює відповідно до загальноприйнятих наукових методів та веде картотеку;
 - g) витрати на медичне транспортування до найближчої відповідної лікарні або до лікаря;
 - h) термінові операції;
 - i) витрати на ліки придбані за рецептом лікаря;
 - j) контрольний медогляд, якщо перше лікування даного діагнозу було страховиком відшкодоване;
 - k) стоматологічний медогляд у випадку травми.
5. Страхування також розповсюджується на:
 - a) лікування у диспансері, пов'язане із захворюванням та травмами, причина яких виникла від початку дії страхування;
 - b) терапія у зв'язку з алергією, якщо йдеться про перше захворювання даним типом алергії, у тому числі подальших невідкладних алергологічних чи імунологічних обстежень; але не діє при купівлі ліків і всіх препаратів для підтримки лікування даного діагнозу;
 - c) увесь лікарський догляд, котрий застрахована особа отримує у зв'язку з вагітністю та пологами в ЧР у лікарні, що зазначена в страхуванні як контрактна або іншому медичному закладі, заздалегідь ухваленим страховиком. Під таким доглядом розуміються всі медичні обстеження, які застрахована особа пройде під час своєї вагітності, пологи, післяпологовий догляд і перше гінекологічне обстеження протягом шести тижнів після виписки з пологового будинку;

- d) стоматологічне обстеження з метою усунення зубного болю, найпростіше пломбування та невідкладну корекцію зубного протезу, усе у межах 6.000 чеських крон протягом страхового року для одної застрахованої особи в рамках усіх її страхових договорів.
- 6. Страхування також розповсюджується на профілактичне лікування в наступному обсязі:
 - a) для дітей від 0 до 5 років любі профілактичні обстеження у терапевта в межах до 3.000 чеських крон за страховий рік (за умови укладення страхового договору з мінімальним терміном 12 місяців);
 - b) для дітей до 18 років один раз протягом страхового року профілактичний медогляд у терапевта;
 - c) для дорослого один раз у два страхових роки профілактичний медогляд у терапевта;
 - d) для жінок від 15 років один раз протягом страхового року профілактичний медогляд у гінеколога;
 - e) один раз протягом страхового року профілактичний медогляд у стоматолога;
 - f) обов'язкові щеплення до максимального ліміту 1,000 чеських крон за страховий рік.
- 7. Страховик надасть страхове відшкодування за медичний догляд, наданий в межах вимог для громадян ЧР, котрі приймають участь у громадському медичному страхуванні відповідно до чинного законодавства.
- 8. Якщо настане смерть застрахованої особи в результаті травми або захворювання, застрахованій особі належить відшкодування наступних витрат:
 - a) кремація на місці смерті;
 - b) репатріація, тобто затрати на тимчасову труну, бальзамування та переправу останків в межах чинного законодавства.
- 9. Загальне відшкодування на одну застраховану особу становить максимально 80.000 євро. Ця сума становить ліміт, тому у підсумкова сума окремих витрат на медичну допомогу, у тому числі можливої репатріації, не повинна її перевищувати.

Стаття 11 Служба підтримки

- 1. Послуга служби підтримки - це послуга, що надається застрахованій особі згідно з укладеним страховим договором та забезпечується договірним партнером страховика.
- 2. Служба підтримки або інший уповноважений закордонний представник мають право вести переговори від імені страховика в разі виникнення всіх страхових випадків і рекомендувати, у разі необхідності, підходящий медичний заклад.
- 3. Допомога служби підтримки надається у випадку необхідності:
 - a) перевозу, перекладення, перевозу у разі захворювання чи травми застрахованої особи;
 - b) перевозу тілесних залишків застрахованої особи;
 - c) гарантію страхового забезпечення та відшкодування за лікування зі сторони страховика.

Стаття 12 Час очікування

- 1. Час очікування діє лише при страхуванні, укладеному в об'ємі «комплексного медичного страхування». Його дія починається від дня початку дії страхування.
- 2. До медичного догляду, пов'язаного із вагітністю, відповідно до ст. 10, абзац 5, пункт с) ЗСУ, відноситься час очікування 3 місяці, тобто страховий випадок - не вагітність, а догляд з нею пов'язаний, а сама вагітність, у свою чергу, виникла перед закінченням третього місяця страхового періоду.
- 3. До пологів та подальшого медичного догляду, відповідно до ст. 10, абзац 5, пункт с) ЗСУ, відноситься час очікування 8 місяців, тобто страховий випадок - не вагітність, котра виникла перед закінченням восьмого місяця страхового періоду, а також не подальший післяпологовий догляд, котрий пов'язаний із даними пологами.
- 4. Час очікування відповідно до абзацу 2 і 3 даної статті не діятиме у випадку необхідного лікування у загрозованих для здоров'я матері й дитини випадках, у випадку ускладнень протягом вагітності, коли страхове зобов'язання буде відшкодовано відповідно до об'єму «необхідної та невідкладної медичної допомоги».
- 5. Час очікування не діє у випадку, коли застрахована особа уклала зі страховиком договір медичного страхування іноземців мінімально на період 1 рік, котрий безпосередньо передував початку страхування.

Стаття 13 Оплата та терміни страхового відшкодування

1. Якщо виникне страховий випадок після початку дії страхового захисту, страховик надасть відшкодування відповідно до умов зазначених у страховому договорі. Страхове відшкодування виплачується в ЧР у місцевій валюті та надається застрахованій особі або тому, хто має право на страхове відшкодування. Для конвертації до іноземної валюти, використовується курс, офіційно оголошений Чеським національним банком у день виникнення страхового випадку.
2. Верхня межа страхового відшкодування визначається страховою сумою та може бути обмежена лімітом страхового відшкодування.
3. Страховик повинен закінчити розслідування та оголосити його результати уповноваженій особі протягом 3 місяців від дня повідомлення про страховий випадок страховику. Якщо страховик не може закінчити розслідування протягом даного періоду, він повідомить особі, у котрої з'явилось, чи можливо з'явиться, право на страхове відшкодування причину, через яку неможливо розслідування закінчити та надасть, на її прохання, відповідний аванс, якщо не існує поважної причини для відмови у авансі. Це період не відраховується, якщо розслідування призупинено чи ускладнено через вину уповноваженої особи, страхувальника чи застрахованої особи. Страхове відшкодування повинно виплатитись протягом 15 робочих днів після закінчення розслідування, потрібного для визначення об'єму відшкодування. Розслідування вважається закінченим, після того, як страховик повідомить його результати уповноваженій особі.
4. Страховик має право виплату відшкодування чи авансу відкласти, якщо:
 - a) існують сумніви у легітимності виплати відшкодування, тоді існує можливість відкладення до надання необхідних доказів;
 - b) проти страхувальника чи застрахованої особи було порушено кримінальне впровадження, або адміністративне чи інше судове впровадження у зв'язку із страховим випадком, тоді існує можливість відкладення до надання необхідних доказів;
5. Якщо страхове відшкодування або аванс було виплачено незаконно, у такому випадку особа, якій було виплачено кошти, повинна їх, без зайвої затримки, повернути,
 - a) навіть після закінчення дії страхування.
6. Якщо витрати на розслідування були перевищені по причині порушення зобов'язань страховиком, застрахованою особою чи іншою особою, котра використовує законне право на відшкодування, страховик набуває права вимагати за це порушення зобов'язань відповідне відшкодування.
7. Якщо у застрахованої особи з'явиться право на страхове відшкодування у зв'язку з страховим випадком по відношенню до третьої сторони, тоді право на фінансове відшкодування, котре являє собою предмет даного страхування, переходить до страховика, конкретно у розмірі суми відшкодування виплачуваного на основі страхового договору. Якщо застрахована особа відмовиться від даного права, тоді у страховика не виникає зобов'язання виплачувати у розмірі суми відшкодування по відношенню до третьої сторони. У випадку, якщо страхове відшкодування вже було виплачено, застрахована особа повинна це відшкодування повернути страховику у розмірі вимог по відношенню до третьої сторони.
8. Якщо застрахована особа отримає відшкодування від третьої сторони, котра повинна дане відшкодування надати, страховик набуває права знизити страхове відшкодування, відповідним чином. Застрахована особа повинна про даний факт негайно повідомити страховика.
9. Якщо застрахована особа має право на відшкодування медичного догляду з громадського медичного страхування чи подібного законного страхування, страховик повинен надати страхове відшкодування лише за те, що не змогло надати інше вищезгадане страхування. Застрахована особа не має право відмовитись від даного права. Якщо застрахована особа відмовиться від такого права, страховик, відповідно, набуває права знизити страхове відшкодування на суму, що відповідає розміру даного права.
10. Правом на відшкодування можна поступитись лише з попередньої письмової згоди страховика.

Стаття 14 Відмова від страхового відшкодування та його зниження

1. Страховик має право відмовитись від надання страхового відшкодування зі страхового договору, якщо дійсністю страхового випадку була причина, про яку страховик дізнався після виникнення страхового випадку, та про яку він не мав змоги дізнатись під час укладення страхової угоди чи її зміни по причині навмисного наміру або невідповідальності під час відповіді на письмові питання. Право відмови настає якщо страховик, знаючи ці факти, страховий договір би не уклав, або ж уклав його з іншими умовами.
2. У день отримання повідомлення про відмову у страховому відшкодування відповідно до абзацу 1 даної статті страхування втрачить свою силу.

3. У випадку порушення протягом укладення страхування або зміни страхового договору страховиком або застрахованою особою будь-якого із зобов'язань зазначених у страховому договорі, і якщо це спричинило становлення меншого страхового внеску, страховик уповноважений зменшити розмір страхового відшкодування на суму, яка є різницею між отриманим страховим внеском та внеском, що мав би бути отриманим.
4. Якщо порушення зобов'язання страхувальника, застрахованої особи або іншої особи, яка має право на страхове відшкодування, істотно впливає на виникнення страхового випадку, його перебіг або на збільшення обсягу його наслідків або на виявлення чи визначення суми страхового відшкодування, страховик уповноважений страхове відшкодування зменшити відповідно до розміру, який відповідає впливу цього порушення на виконання зобов'язань. Це стосується і випадків, коли порушення зобов'язань унеможливило представити докази про те, що страховий випадок настав згідно з цими ЗСУ.
5. Страховик уповноважений зменшити суму страхового відшкодування у випадку надання нестандартної медичної допомоги на необхідний і відповідний рівень у відповідності до рішення лікаря-експерта, призначеного страховиком.

Стаття 15 Винятки зі страхування

1. Страхування не розповсюджується на:
 - a) лікування захворювань, травм та інших груп діагнозів, які існували перед укладенням страхування;
 - b) медичне обслуговування, яке не оплачується громадянами ЧР, які являються учасниками державного медичного страхування відповідно до загальнообов'язкового чинного законодавства;
 - c) медичне обслуговування, яке надано застрахованій особі у медичному закладі, у якому таке обслуговування зазвичай не надається громадянам ЧР, які являються учасниками державного медичного страхування відповідно до загальнообов'язкового чинного законодавства (наприклад деякі приватні клініки, або інші медичні установи, у яких невстановлене відшкодування медичного догляду з фонду державного медичного страхування), за винятком загрози для життя;
 - d) витрати на ліки, які застрахована особа купила без лікарського рецепта;
 - e) витрати на косметичне лікування та його наслідків, хіропрактичне лікування або терапію;
 - f) виготовлення та ремонт протезів, біопротезування, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів та подібних пристроїв;
 - g) переривання вагітності, якщо не йдеться про загрозу життю чи здоров'ю жінки або генетично дефективний розвиток плода, тобто йдеться про випадки, де переривання вагітності з медичного погляду виправдане.
 - h) лікування безпліддя або стерильності та штучне запліднення;
 - i) медична процедура та можливі наслідки, якщо застрахована особа приїхала у ЧР або за кордон з метою виконання цієї медичної процедури;
 - j) витрати на медогляд, що був здійснений родичем застрахованої особи (наприклад чоловіком, дружиною, батьками);
 - k) курортне та санаторно-курортне лікування та реабілітації;
 - l) витрати на медогляд, що виник у результаті лікування, що було надано непрофесійним медичним співтовариством *lege artis*;
 - m) лікування захворювань, травм та інших наслідків, що викликані у результаті воєнних дій або через участь в масових акціях протесту, громадянської непокори чи інших заворушеннях;
 - n) лікування травм, що виникли під час керування автомобілем без належного дозволу (водійські права), якщо виникнуть за межами ЧР;
 - o) перевезення, переведення чи транспортування з використанням повітряної швидкої допомоги, якщо транспортування не було заздалегідь схвалене асистентською службою;
 - p) нормативні фінансові збори та доплати;
 - q) лікування у зв'язку зі злочинною діяльністю або хуліганством злочинного характеру, якщо відбудуться за межами ЧР;
 - r) лікування в результаті самогубства або спроби самогубства, якщо виникнуть за межами ЧР;
 - s) навмисно заподіяні хвороби та травми, якщо виникнуть за межами ЧР;
 - t) травми, які виникли під впливом алкоголю, наркотиків або інших психотропних речовин, якщо такі випадки сталися за межами ЧР;

2. Страховик не надає страхове відшкодування у випадку, якщо застрахована особа відмовляється від репатріації, надання медичної допомоги або необхідного медогляду лікарем, якого призначив страховик чи представник асистентської служби страховика.
3. Страхування не розповсюджується на травми, які виникнуть під час парашутизму чи парапланеризму, стрибків із парашутом з високих місць, при використанні дельтапланів, планерів, надлегких повітряних суден, космічних кораблів, банджі-джампінгу, повітряних куль, суден на повітряній подушці; крім того страхування не розповсюджується на травми, що виникли у результаті виконання служби пілота, інших членів екіпажу та осіб, служба яких виконується за допомогою літаків; страхування також не розповсюджується на випадки дайвінгу враховуючи декомпресію, скелелазіння, сходження льодовиків та води у водоспадах, рафтинг, веслування на каное на бурній ріці, скі-альпінізм, катання на лижах поза межами визначеного маршруту, мотокрос та мотоперегони, карате, таеквондо, айкідо, кунг-фу, дзюдо, бокс, кікбоксинг тощо.
4. Страхове відшкодування не діє для професійних спортсменів. Професійним спортсменом згідно з цими ЗСУ вважається той, хто виконує спортивну діяльність за професійним договором; той, хто бере участь у змаганнях, гонках, турнірах або тренувальних таборах чи тренувальних зборах рівня чемпіонату світу, олімпіадах, чемпіонаті світу, континенту чи національних чемпіонатах.
5. Здійснення окремих видів діяльності, зазначених в абзаці 3 та 4 цієї статті, може бути після письмової домовленості зі страховиком включеним, або ж застрахованим за додаткову суму страхового внеску та умов згідно з тарифами страховика.

Стаття 16 Особи, що не підлягають страхуванню

1. Особи, що не підлягають страхуванню, а тому не є застрахованими:
 - a) особи з важкими неврологічними розладами, до яких зокрема відносяться пошкодження, що викликають значні фізичні обмеження, відповідно обмеження у повсякденному житті та трудовій діяльності. До таких розладів відносяться, крім того, стадії розсіяного склерозу, бічний аміотрофічний склероз, хвороба Паркінсона, постінсультний стан з обмеженням у русі, епілепсія, нові утворення тканин (пухлин) центральної нервової системи, полінейропатія з обмеженням у русі, тяжкі поранення головного мозку або спинного мозку з обмеженням у русі, депресії, приступи зомління та запаморочення;
 - b) особи з психічними захворюваннями, до яких зокрема належать маніакально-депресивні психози, шизофренічні та параноїдальні розлади, хвороба Альцгеймера та інші форми слабоумства, психоорганічний синдром, синдром Дауна, водянка головного мозку (гідроцефалія), аутизм;
 - c) особи із наступними захворюваннями та обмеженнями: глухота (двостороння), сліпота (двостороння), параліч, наркотична та алкогольна залежність і залежність від ліків, цироз печінки, рак, злоякісні пухлини (карциноми), туберкульоз, діаліз нирок, ВІЛ-інфекція, СНІД.
2. Особа, що не підлягає страхуванню, не може укласти страхування.

Стаття 17 Зобов'язання страхувальника та застрахованої особи

1. Страхувальник та застрахована особа зобов'язані правдиво та повно відповісти на всі питання страховика протягом переговорів про укладення страхового договору або переговорів про зміни страхового договору, а також факти, які мають значення для прийняття рішення страховика в оцінюванні страхового ризику, чи він їх застрахує та за яких умов, враховуючи питань, що стосуються стану здоров'я застрахованої особи. Страхувальник та застрахована особа зобов'язані негайно повідомити страховику про зміни, які протягом дії страховки можуть настати у фактах, які вимагалися під час переговорів про укладення страхового договору або під час переговорів про зміни страхового договору.
2. Страхувальник та застрахована особа зобов'язані невідкладно повідомити страховика у письмовій формі про кожну зміну, що стосується застрахованої особи, страхування або зміни страхового ризику, зокрема:
 - a) зміна місця проживання, або поштової адреси;
 - b) повідомити страховика про укладення іншої страховки на страховий випадок того ж типу в іншого страховика; при цьому він зобов'язаний повідомити й ім'я страховика та розмір страхової суми;
 - c) повідомити страховику про припинення страхового інтересу та засвідчити його.
3. Страхувальник та застрахована особа зобов'язані вжити відповідних заходів для запобігання виникненню загрози збитку та забезпечити, щоб страховий випадок не настав, зокрема не порушувати обов'язку, спрямованого на запобігання або зменшення небезпеки згідно із загальнообов'язковими правовими нормами або страховим договором.

4. У випадку виникнення збиткового випадку застрахована особа, страхувальник, або ж уповноважена особа зобов'язані:
 - a) негайно повідомити страховика про те, що настав збитковий випадок, надати правдиве пояснення про виникнення та розмір наслідків цього випадку, пред'явити всі необхідні оригінали документів, за потребою дозволити страховику зробити копії цих документів та діяти згідно з узгодженими умовами в страховому договорі та за інструкція страховика;
 - b) на прохання страховика надати йому письмово всю інформацію, яка необхідна для визначення розміру зобов'язання страховика надати страхове відшкодування. Інформація, що вимагається, може бути також передана у письмовому вигляді представникові страховика. Відповідальність за будь-які витрати на виготовлення необхідних документів несе застрахована особа, або ж інша уповноважена особа. Документи передані страховику переходять у його власність і він має право на подальше розпорядження ними;
 - c) на вимогу страховика уповноважити представника страховика для здійснення запиту усіх необхідних даних від третьої особи (тобто зокрема від лікарів, лікарень, всіх типів медичних установ та страхових компаній) та для переговорів щодо збиткового випадку;
 - d) прагнути, щоб усі доповіді та звіти, що вимагаються страховиком, були виготовлені та надіслані страховику без затримки;
 - e) засвідчити страховику дату початку подорожі за кордон;
 - f) невідкладно повідомити правоохоронним органам про виникнення збиткового випадку, що стався за обставин, зазначених як скоєння злочину, або його спроби;
 - g) забезпечити по відношенню до іншого право на компенсацію виниклої шкоди чи травми, а також подібні права та застосувати право на відшкодування виниклих збитків по відношенню до того, хто за них відповідає;
 - h) у випадку документів на іноземній мові надати страховику юридичний переклад на чеській мові, які виготовляє за свій рахунок;
 - i) пред'явити оригінали квитанцій та бухгалтерські документи, які повинні містити ім'я та прізвище пацієнта, призначення діагнозу, дані про окремі медичні операції враховуючи витрати на медогляд та всі лікарські звіти, що стосуються даного медогляду;
 - j) пред'явити рецепти, на яких чітко вказано назву призначених ліків, ціна, ім'я та прізвище застрахованої особи та печатка лікуючого лікаря;
 - k) при медогляді зубів пред'явити страховику лікарський звіт, у якому вказано означення окремих зубів та опис проведеного медогляду.
5. Для уточнення зобов'язання надання страхового відшкодування може страховик вимагати інші необхідні документи та сам проводити потрібні запити чи розслідування.

Стаття 18 Наслідки порушення зобов'язань

1. У випадку порушення протягом укладення страхування або зміни страхового договору страховиком або застрахованою особою будь-якого із зобов'язань зазначених у страховому договорі чи цих ЗСУ, і якщо це спричинило становлення меншого страхового внеску, страховик уповноважений зменшити розмір страхового відшкодування на суму, яка є різницею між отриманим страховим внеском та внеском, що мав бути отриманим.
2. Якщо порушення зобов'язання страхувальника, застрахованої особи або іншої особи, яка має право на страхове відшкодування, істотно впливає на виникнення страхового випадку, його перебіг або на збільшення обсягу його наслідків або на виявлення чи визначення суми страхового відшкодування, страховик уповноважений страхове відшкодування зменшити відповідно до розміру, який відповідає впливу цього порушення на виконання зобов'язань. Це стосується і випадків, коли порушення зобов'язань унеможливило представити докази про те, що страховий випадок настав згідно з цими ЗСУ.
3. Страховик може розірвати страховий договір згідно зі ст. 5, абзац 10 ЗСУ або відмовитися компенсувати страхове відшкодування узгоджене в страховому договорі згідно зі ст. 14, абзац 1 ЗСУ. Страховий договір можливо розірвати і після виникнення страхового випадку.
4. У випадку, якщо у повідомленні про випадок збитків свідомо містяться неправдиві або грубо спотворені необхідні дані, що стосуються обсягу повідомленого випадку про збитки, або свідомо замовчуються дані, що стосуються цього випадку, страховик має право на відшкодування витрат враховуючи витрат на розслідування подробиць, які були йому надані чи замовчані. Вважається, що страховик витратив засвідчену суму коштів за призначенням.

Стаття 19 Права страховика на встановлення та аналіз даних страхувальника

та застрахованої особи

1. Страховик уповноважений встановлювати та аналізувати усі необхідні дані про страховика та застраховану особу, що пов'язані зі страхуванням. Страхувальник та застрахована особа зобов'язані правдиво та повно відповісти на усі письмові питання страховика, що стосуються укладення страхування, зміни страхового договору або у разі виникнення випадку збитків.
2. Страховик уповноважений вимагати дані про стан здоров'я та встановлення стану або причини смерті застрахованої особи. Встановлення стану здоров'я або причин смерті проводиться на підставі звітів та медичної документації, які видаються на вимогу страховика уповноваженим медичним закладом лікуючими лікарями, у випадку необхідності медоглядом або експертизою уповноваженого медичного закладу.
3. Страхувальник та застрахована особа своїм підписом у страховому договорі погоджується зі встановленням стану здоров'я або причин смерті застрахованої особи зі сторони страховика, якщо це необхідно для укладеного типу страхування та відсторонює лікаря та працівника медичного закладу, урядів та страхових компаній, в яких були, є та будуть оглянуті, ведені у реєстрі або застраховані, зобов'язання щодо забезпечення конфіденційності та уповноважують їм надавати усі необхідні дані страховику.
4. Страховик уповноважений встановлювати та аналізувати робочу та позаробочу діяльність застрахованої особи (йдеться про спортивну або ж іншу активну діяльність у дозвіллі). Страховик уповноважений розглядати всі відповіді страхувальника та застрахованої особи надані на письмові питання страховика.

Частина II Прикінцеві положення

Стаття 20 Фінансові збори

Обробка розірвання страхової угоди протягом 2 місяців від дня укладення угоди	40% невикористаного страхового внеску
Видача дублікату страхування / актуальний стан договору	50 чеських крон
Видача копії угоди / договору із зовнішнього архіву	100 чеських крон
Видача підтвердження оплати страхового внеску (на вимогу)	50 чеських крон
Розірвання договору у випадку припинення страхового інтересу	40% невикористаного страхового внеску

Стаття 21 Юридичні переговори, листування

1. Усі повідомлення страхувальника чи застрахованої особи варто надсилати на адресу страховика у письмовій формі. Представники страховика уповноважені отримати лист, однак він вважатиметься доставленим у момент, коли його отримає страховик.
2. Документи страховика призначені для страхувальника чи застрахованої особи як правило доставляються власником поштової ліцензії. Документи можуть бути доставлені й представником страховика за останньою відомою страховикові адресою.
3. Вважається, що відіслане поштове відправлення посередництвом поштових послуг доставлено на третій день після відправки, у випадку закордонної адреси - на п'ятнадцятий день після відправки.
4. Якщо страхувальник або застрахована особа безпідставно відмовляться отримати документи, відправлення вважається доставленим датою, коли страхувальник або застрахована особа відмовилися від отримання документації.
5. Якщо страхувальника або застраховану особу не було застано, а документація страховика була віддана на зберігання у поштовому відділенні або у місцевих органах влади, відправлення вважається доставленим кінцевою датою його зберігання, навіть якщо страхувальник або застрахована особа не дізналися про зберігання відправлення.
6. У випадку не виконання страховиком або застрахованою особою зобов'язання роз'ясненого у ст. 17, абзац 2, пункт а) ЗСУ, якщо не буде повідомлена страховику нова адреса, відправлення вважається доставленим датою повернення недоставленої документації страховику.

Стаття 22 Прикінцеві положення

1. У цих ЗСУ у страховому договорі можуть бути невідповідності, якщо цього вимагає призначення та тип страхування.

2. Автентичним вважається чеський текст ЗСУ та договірна угода.
3. Ці ЗСУ вступають в силу починаючи 1 грудня 2018.
4. Якщо страховий договір містить юридичні невідповідності, спричинені зміною загального законодавства або іншим чином, ці юридичні невідповідності не спричиняють недійсність або неефективність всього страхового договору. Всі положення страхового договору віддільні, якщо одне з положень стає недійсним, незаконним або суперечить суспільним інтересам, дійсність інших положень залишається непорушною, а страховий договір братиметься до уваги без недійсного положення. Сторони зобов'язуються замінити недійсне або неефективне положення положеннями, обсяг яких дозволить досягнути призначення цього страхового договору.
5. У випадку позасудових рішень споживацьких суперечок у випадку страхування життя відповідальним являється фінансовий арбітр, адреса: Legerova 1581/69, 110 00 Praha 1, www.finarbitr.cz, у сфері інших страхових галузей - Чеська торговельна інспекція, адреса: Štěpánská 567/15, 120 00 Praha 2, www.coi.cz.

Частина III Роз'яснення термінів

Послуги з надання допомоги - це послуга, що надається застрахованій особі згідно з укладеним страховим договором та виконується договірним партнером страховика.

Стандартний страховий внесок - це внесок за узгоджений застрахований період.

Період очікування - це період, протягом якого страховик не зобов'язаний надавати страхове відшкодування випадків, які б у іншому випадку були страховими випадками.

Робочі виїзди - це регулярні виїзди застрахованої особи з ціллю виконання робіт за межами ЧР.

Одноразовий страховий внесок - це внесок встановлений на весь період, на який укладається страховий договір.

Непередбачений випадок - це випадок можливий, але невідомо чи у період дії страхування він взагалі настане або ж невідомий період його виникнення.

Бенефіціар - особа, встановлена страхувальником, яка внаслідок страхового випадку матиме право на страхове відшкодування у випадку смерті застрахованої особи.

Уповноважена особа - це особа, яка внаслідок страхового випадку має право на страхове відшкодування.

Платник страхового внеску - це особа, яка згідно з укладеним договором зі страхувальником виконує зобов'язання сплачувати страховий внесок або встановлену частку, це не стосується зобов'язання страхувальника сплачувати страховий внесок.

Страховик - це ERGO страхове акціонерне товариство, ідентифікаційний номер 618 58 714, яке уповноважене на провадження страхової діяльності відповідно до спеціалізованого законодавства.

Страховий поліс - це письмовий документ, виданий страховиком у якості підтвердження про укладення страхового договору у встановленому розмірі.

Страхова сума - це сума, узгоджена страховим договором, це максимально можлива сума страхової виплати, що виплачується страховиком відповідно до умов та обставин встановлених страховим договором.

Період страхування - це період, на який укладається страховий договір.

Страховий захист - це цілковитий обсяг відшкодування узгоджений у страховому договорі.

Страховий випадок - це випадкова подія, з якою згідно з положенням страхового договору виникає зобов'язання страховика надати страхове відшкодування.

Страховий внесок - це плата за укладення страхового договору.

Страхова небезпека - це можлива причина виникнення страхового випадку.

Період страхування - це проміжок часу узгоджений у страховому договорі, протягом якого сплачується регулярний страховий внесок.

Страховий ризик - це міра ймовірності виникнення страхового випадку, викликаний страховою небезпекою.

Страхувальник - це особа, що уклала страховий договір зі страховиком та повинна сплачувати страховий внесок.

Страховий рік - це період від дати початку дії річного страхового договору до дати початку наступного страхового договору наступного року.

Страховий інтерес - це законна необхідність у захисті від наслідків страхового випадку.

Застрахована особа - це особа, на життя, здоров'я, майно або відповідальність чи іншу вартість страхового інтересу якої розповсюджується страховий договір.

Страховання - це зобов'язання страховика та страхувальника, підтвержене страховим договором, де страховик зобов'язується надати страхувальнику або третій особі страхове відшкодування у випадку виникнення страхового випадку, а страхувальник зобов'язується платити страховику страховий внесок за надання страхового захисту.

Сумове страхування - страхування, метою якого є у разі виникнення страхового випадку надання одноразового чи повторного відшкодування у встановленому обсязі, основою для визначення розміру страхового внеску та вирахування страхового відшкодування являється сума вказана у страховому договорі, яку в разі виникнення страхового випадку страховик повинен виплатити, або розмір та частота виплати пенсії.

Майнове страхування - страхування, метою якою є в узгодженому обсязі компенсація шкоди майна, що виникла в результаті страхового випадку.

Репатріація - медичне транспортування застрахованої особи або її тіла (останків) на Батьківщину, або ж до іншої країни, у якій застрахована особа має дозвіл на проживання.

Інші країни Шенгенського простору - Бельгія, Данія, Естонія, Фінляндія, Франція, Ісландія, Італія, Литва, Латвія, Люксембург, Угорщина, Мальта, Німеччина, Нідерланди, Норвегія, Польща, Португалія, Австрія, Греція, Словаччина, Словенія, Іспанія, Швеція, Швейцарія.

Випадок виникнення шкоди - подія у зв'язку з якою виникла шкода, що може бути причиною виникнення права на страхове відшкодування.

Травма - несподіваний та раптовий вплив зовнішніх сил або власної фізичної сили незалежно від волі застрахованої особи, або ж несподіваний та безперервний вплив високих чи низьких температур, газів, випарів, електрики чи отрут (за винятком мікробних отрут та імунотоксичних речовин), що відбувся протягом дії страхування та у зв'язку з яким було завдано тілесних ушкоджень, виникли проблеми зі здоров'ям чи смерть застрахованої особи. **Річний день страхування** - дата (день та місяць), що збігається з датою зазначеною в страховому договорі як початок страхування (також річний день початку страхування). У випадку відсутності цього дня в місяці, річний день припадає на останній день місяця.

Представник страховика - особа, уповноважена діяти від імені страховика.

Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Standard

Ця договірна угода є невід'ємною частиною страхового договору медичного страхування іноземців. Загальні умови медичного страхування іноземців, які укладає ERGO страхове акціонерне товариство, встановлюються Загальними страховими умовами для медичного страхування іноземців - Welcome 181201 (далі «ЗСУ»).

У невідповідності до ст. 10, абзац 1 ЗСУ страхування за тарифом Welcome Standard укладається в обсязі «необхідної та невідкладної медичної допомоги», а не в обсязі «комплексної медичної допомоги».

1. У невідповідності до ст. 10, абзац 9 ЗСУ встановлюється загальне страхове відшкодування на один страховий випадок, що обмежується сумою 60,000 євро. Ця сума становить ліміт, тому у підсумкова сума окремих витрат на медичну допомогу, у тому числі можливої репатріації, не повинна її перевищувати.
2. Страховка не покриває витрати на лікування хворих, які лікуються вільно доступними ліками та обладнанням.
3. Страховка не покриває витрати на амбулаторно призначені ліки.
4. У невідповідності до ст. 10, абзац 4, пункт j) ЗСУ страховка не розповсюджується на наступні обстеження.
5. Страховка не розповсюджується на медичне обслуговування згідно зі ст. 10, абзац 5 та 6 ЗСУ, за винятком необхідної допомоги у випадку небезпеки для життя через алергічні реакції, якщо у застрахованої особи поява цього типу алергії зафіксована вперше.
6. Послуги з надання допомоги згідно зі ст. 11 ЗСУ надаються застрахованій особі лише у випадку, якщо вартість лікування застрахованої особи не перевищить 5,000 чеських крон, або ж відповідний еквівалент в іноземній валюті. Якщо вартість лікування застрахованої особи менша 5,000 чеських крон і застрахована особа вирішить скористатися послугами з надання допомоги, вона несе відповідальність за витрати, які виникають у страховика у зв'язку із забезпеченням послуг з надання допомоги, однак не менше 1,500 чеських крон. Ці витрати можуть бути відраховані страховиком або службою надання допомоги від страхового відшкодування.

Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Plus

Ця договірна угода є невід'ємною частиною страхового договору медичного страхування іноземців. Загальні умови медичного страхування іноземців, які укладає ERGO страхове акціонерне товариство, встановлюються Загальними страховими умовами для медичного страхування іноземців – Welcome 181201 (далі «ЗСУ»)

У невідповідності до ст. 10, абзац 1 ЗСУ страхування за тарифом Welcome Standard укладається в обсязі «необхідної та невідкладної медичної допомоги», а не в обсязі «комплексної медичної допомоги».

1. Страхування не розповсюджується на медичне лікування згідно зі ст. 10, абзац 5, пункт а) ЗСУ (догляд у диспансері).
2. Страхування у невідповідності до ст. 10, абзац 5, пункт б) ЗСУ не розповсюджується на тривале алергологічне чи імунологічне лікування.
3. Страхування не розповсюджується на медичне лікування відповідно до ст. 10, абзац 5, пункт с) ЗСУ (вагітність), за винятком необхідного лікування в небезпечності для життя матері та дитини, у випадках ускладнень протягом вагітності.
4. Страхування не розповсюджується на медичне лікування згідно до ст. 10, абзац 5, пункт d) ЗСУ (стоматологічне лікування, за винятком посттравматичного стоматологічного лікування), якщо страхування не укладено хоча б на термін одного року.
5. Страхування не розповсюджується на медичне лікування згідно зі ст. 10, абзац 6 ЗСУ (профілактичне лікування).

Договірні угоди про медичне страхування іноземців, узгоджені в тарифі Welcome Baby

Ці договірні угоди є невід'ємною частиною страхового договору медичного страхування іноземців. Загальні принципи медичного страхування іноземців, які узгоджуються страховою компанією ERGO rojištovna, a.s., викладені в Загальних умовах медичного страхування для іноземців - Welcome 181201 (далі - ЗУС).

Страховка покриває все медичне обслуговування, яке буде надаватися застрахованій особі у зв'язку з вагітністю та пологами в Чеській Республіці в договірній установі страховика або іншій установі, заздалегідь схваленій страховиком. Це обслуговування включає в себе всі медичні огляди, які застрахована особа буде проходити під час вагітності, пологи, подальшу післяпологову госпіталізацію і перше наступне гінекологічне обстеження в післяпологовий період після виписки з пологового будинку.

Страхування укладається в рамках «комплексного медичного обслуговування» відповідно до статті 10 ЗУС.

1. На страхування, що покривається цим тарифом, не поширюється період очікування вагітності відповідно до статті 12 (2) ЗУС.
2. На страхування, що покривається цим тарифом, не поширюється період очікування пологів і подальшого післяпологового догляду відповідно до статті 12 (3) ЗУС.
3. Обсяг страхування за цим тарифом також поширюється на медичне обслуговування всіх новонароджених дітей застрахованої особи віком до одного місяця з межею страхового відшкодування 300 000 крон. Це обслуговування надається в рамках «комплексної медичної допомоги» і включає в себе постійну післяпологову госпіталізацію, один профілактичний огляд у лікаря-терапевта після виписки з пологового будинку і обов'язкові щеплення до максимальної межі 1000 крон.

Договірна угода медичного страхування іноземців укладена за тарифом Welcome Дитина+

Ця договірна угода є невід'ємною частиною страхового договору медичного страхування іноземців. Загальні умови медичного страхування іноземців, які укладає ERGO страхове акціонерне товариство, встановлюються Загальними страховими умовами для медичного страхування іноземців - Welcome 181201 (далі «ЗСУ»).

Страхування укладається в обсязі «комплексного медичного страхування» згідно зі ст. 10 ЗСУ.

- У невідповідності до ст. 10, абзац 6 ЗСУ страховка покриває усі профілактичні медогляди, враховуючи щеплення у терапевта та стоматолога у встановленому обсязі згідно із державним медичним страхуванням громадян ЧР.

Договірні положення щодо медичного страхування іноземців Welcome, оформленого за тарифом Prenatal

Ці договірні положення складають невід'ємну частину договору медичного страхування іноземців. Загальні принципи медичного страхування іноземців, оформлюваного в страховій компанії ERGO Pojišťovna, a. s., встановлено в Загальних умовах медичного страхування іноземців – Welcome 181201 (далі – «ЗУС»).

Страхування поширюється на будь-яку медичну допомогу, що надається застрахованій особі в зв'язку з вагітністю та пологами в ЧР у договірному медичному закладі страховика або іншому заздалегідь схваленому страховиком закладі. Під допомогою маються на увазі всі медичні огляди, що проходяться застрахованою особою в період вагітності, пологи, подальша безперервна післяпологова госпіталізація застрахованої особи та перше подальше гінекологічне обстеження в шеститижневий післяпологовий період після виписки з пологового будинку.

Страхування оформлюється в обсязі «комплексне медичне обслуговування» згідно зі ст. 10 ЗУС з лімітами, встановленими тарифом Welcome Komplex.

- На страхування, оформлене за цим тарифом, не поширюється період очікування вагітності, передбачений у ч. 2 ст. 12 ЗУС.
- На страхування, оформлене за цим тарифом, не поширюється період очікування пологів та подальшого післяпологового догляду, передбачений у ч. 3 ст. 12 ЗУС.
- В обсяги страхування за цим тарифом не входить медична допомога новонародженим дітям застрахованої особи.

Інформативний огляд обсягу страхування

Тариф Welcome	Комплексне медичне страхування				Необхідна та невідкладна медична допомога	
	Комплекс	Prenatal	Baby	Дитина +	Стандарт	Плюс
Загальне обмеження на страховий випадок	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	60,000 євро	80,000 євро
Медичне транспортування	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	60,000 євро	80,000 євро
Репатріація останків	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	80,000 євро	60,000 євро	80,000 євро
Лікування зубів - травми	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон

Інші стоматологічні послуги	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	6,000 чеських крон	ні	6,000 чеських крон
Амбулаторно призначені ліки	так	так	так	так	ні	так
Лікування захворювань, що лікуються вільно доступними ліками	так	так	так	так	ні	к
Вагітність, ускладнення при вагітності, пологи	так ¹⁾	так	так	ні	ні	ні ²⁾
Догляд за новонародженими	ні	ні	300,000 чеських крон	ні	ні	ні
Послуги з надання допомоги	так	так	так	так	так ³⁾	так
Профілактичне лікування, щеплення	так ⁴⁾	Так ⁶⁾	так ⁴⁾	так ⁵⁾	ні	ні
Догляд у диспансері	так	так	так	так	ні	ні

-
- 1) на вагітність та пологи розповсюджується період очікування 3-8 місяців
2) не розповсюджується на випадки гострої небезпеки для життя
3) лише у випадках лікування, ціна якого не перевищує 5,000 чеських крон
4) до ліміту за статтею 10, абзац 6 ЗСУ
5) у розмірі згідно з державним медичним страхуванням в ЧР
6) страхування не поширюється на пункт 6 (а) та (b) статті 10