



Žádost o sjednání Zdravotního pojištění cizinců

Application for Foreigners' Medical Insurance

Žadatel vyplňuje všechny údaje kromě bloku Závěr revizního lékaře

The applicant is to complete all items except the Medical Assessor's Conclusion section

POJIŠTĚNÍ / INSURANCE:

Počátek pojištění (den, měsíc, rok)

Konec pojištění (den, měsíc, rok)

místo konce pojištění lze uvést délku pojistné doby v měsících/
Instead of the end of insurance, the length of
the insurance period in months may be given here:

Kromě standardního pojištění požaduji dále sjednat také/In addition to standard insurance I also require to arrange:

- navýšení limitu pojistného plnění/an increase in the insurance benefits limit
- připojištění profesionálních sportů/Supplementary Professional Sports Insurance
- připojištění léčebných výloh pro schengenský prostor/Supplementary Medical Expenses Insurance for the Schengen area
- připojištění Gravidita*) s čekací dobou/Supplementary Pregnancy*) Insurance with a qualifying period of:

8 měsíců/8 months

nebo/or 0 měsíců/0 months které nenavazuje/not following on

nebo/or navazuje na PS číslo/following on from Insurance Policy No.:

*) Připojištění Gravidita zahrnuje zdravotní péči v době těhotenství, při porodu a péči o novorozence pojištěné matky.

Supplementary pregnancy insurance includes healthcare during the period of pregnancy and birth, as well as care for the newborn baby of the insured mother.

URČENÍ POJISTNÍKA / POLICYHOLDER (toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu/the person taking out the insurance policy with the insurer)

Právnícká osoba/Legal person: Zahraniční osoba/Foreign person:

Jméno/First name:

Příjmení/Surname:

Titul/Academic titles:

(před jménem, za jménem/before and after name)

Datum narození/Date of birth:

(den, měsíc, rok/DD, MM, YYYY)

Pohlaví/Sex:

Žena-Z/
Female F

Muž-M/
Male M

Průkaz totožnosti/Identity card:

číslo (je-li pojistník totožný s pojištěným)/number (if the policyholder is the same as the insured person)

E-mail:

Telefon/Telephone:

Právnícká osoba/Legal entity:

IČ/Organization Reg. No. (IČ)

Ulice a orientační číslo/Street and house number:

Korespondenční adresa/Correspondence address:

PSČ/Postcode: Obec (dodávací pošta) Stát/Municipality (delivering post office) State:

URČENÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY / INSURED PERSON (je-li odlišná od pojistníka/if different from policyholder)

Jméno/First name:

Příjmení/Surname:

Titul/Academic titles:

(před jménem, za jménem/before and after name)

Datum narození/Date of birth:

(den, měsíc, rok/DD, MM, YYYY)

Pohlaví/Sex:

Žena-Z/
Female F

Muž-M/
Male M

Průkaz totožnosti číslo/Identity card number:

E-mail:

Telefon/Telephone:

Ulice a orientační číslo/Street and house number:

Korespondenční adresa/Correspondence address:

PSČ/Postcode: Obec (dodávací pošta) Stát/Municipality (delivering post office) State:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE POJIŠTĚNÉ OSOBY: (je-li určen)

LEGAL REPRESENTATIVE OF THE INSURED PERSON: (if applicable)

Je totožný s pojistníkem/dental with the policyholder

Jméno/First name:

Příjmení/Surname:

Titul/Academic titles:

(před jménem, za jménem/before and after name)

Průkaz totožnosti číslo/Identity card number:

E-mail:

Telefon/Telephone:

Ulice a orientační číslo/Street and house number:

Korespondenční adresa/Correspondence address:

PSČ/Postcode: Obec (dodávací pošta) Stát/Municipality (delivering post office) State:

Zdravotní stav pojištěné osoby/State of health of the insured person

Zodpovězte prosím všechny následující otázky. Odpovíte-li na některou otázku ANO, vyplňte také doplňující údaje.
Please answer all the following questions. If you answer YES to any question, please also fill in the details.

Byl/a v uplynulých 12 měsících/Over the last twelve months has s/he been:

A) hospitalizován/a?/hospitalized?

Zaškrtněte ANO či NE - pokud ANO, uveďte dále: kdy a kde:
Tick YES or NO if YES, please also state: when and where:
pro jaké obtíže/for which disorders:.....

B) ambulantně vyšetřován/a či léčen/a?/treated or examined in outpatient care?

Zaškrtněte ANO či NE - pokud ANO, uveďte dále: kdy a kde:
Tick YES or NO if YES, please also state: when and where:
pro jaké obtíže/for which disorders:.....

Má v současné době nějaké zdravotní potíže? Pokud ano, uveďte jaké:

Does s/he currently have any health problems? If YES please specify:

ZÁVĚR REVIZNÍHO LÉKAŘE – je vyžadován pouze u navazujících pojistných smluv

MEDICAL ASSESSOR'S CONCLUSION – only required for insurance policies following on

Stanovisko RL ke sjednávánému pojištění/The Medical Assessor's standpoint on the insurance to be taken out:

.....
.....

Pojistit/Insure Nepojistit/Do not insure

Datum/Date

jméno, podpis a otisk razítka revizního lékaře/Medical Assessor's name, signature and stamp

ŽADATEL BERE NA VĚDOMÍ/THE APPLICANT NOTES:

Vstupní lékařská prohlídka musí být provedena lékařem určeným zprostředkovatelem pojištění./The entrance medical examination must be performed by a doctor assigned by the insurance broker.

Náklady na tuto vstupní lékařskou prohlídku uhradí žadatel. Žadatel, s nímž Pojišťovna VZP, a.s. uzavře pojistnou smlouvu o zdravotním pojištění cizinců, budou náklady vstupní lékařské prohlídky až do výše 700 Kč odečteny z pojistného./The costs of the entrance medical examination are to be borne by the applicant. Costs of the entrance medical examination up to 700 CZK are to be deducted from the insurance premium for an applicant with whom PVZP, a.s. agrees on a foreigner's medical insurance policy.

Náklady převyšující částku 700 Kč + náklady na vyšetření HIV pozitivitu Pojišťovna VZP, a.s. nehradí./Costs exceeding 700 CZK and the costs of an HIV positivity examination will not be defrayed by PVZP, a.s.

Dále žadatel bere na vědomí, že podáním žádosti a podrobením se vstupní lékařské prohlídce ještě nevzniká nárok na uzavření pojistné smlouvy./The applicant also notes that no right to take out an insurance policy is yet established by the submission of an application or by undergoing the entrance medical examination.

Získání trvalého pobytu v ČR v době trvání pojištění není důvodem pro zánik pojištění ani pro vrácení pojistného nebo jeho části./Acquisition of permanent residence in the Czech Republic within the duration of the insurance is no grounds for the expiry of the insurance or for the reimbursement of the insurance premium or part thereof.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ŽADATELE/DECLARATION OF HONOUR BY THE APPLICANT:

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné závažné ani jiné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění. Dále prohlašuji, že žádná z pojištěných osob není k dnešnímu dni hospitalizována./I declare that all the details which I have given are complete and correct and that I have not concealed any important or other facts relating to the requested insurance. I also declare that none of the insured persons is currently hospitalized.

V souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím se zpracováním a využitím mých citlivých a osobních údajů./In compliance with the appropriate provisions of Act No. 101/2000 Coll., on Personal Data Protection and the Amendment of Certain Acts, as amended, I agree to the processing and utilization of my sensitive and personal data.

Udělují souhlas i pro účely získávání údajů o mém zdravotním stavu prostřednictvím smluvních lékařů v souladu se zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, a tímto opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace zástupcům Pojišťovny VZP, a.s. sdělovat./I also grant my consent for purposes of the acquisition of data on my state of health through contracted doctors in accordance with Act No. 20/1966 Coll. on Care of Human Health, as amended, and I hereby authorize all requested doctors, institutions, healthcare establishments and medical insurance companies to provide such information to PVZP a.s. representatives.

Souhlas udělují ve prospěch Pojišťovny VZP, a.s. a jejich smluvních partnerů v tomto pojištění za účelem a do doby uzavření pojistné smlouvy./I grant my consent in favour of PVZP, a.s. and its contracted partners in this insurance for purposes of (and up to the time of) the conclusion of the insurance policy.

V/In _____ dne/Date _____

Podpis žadatele/Signature of applicant