

Žádost o sjednání Základního zdravotního pojištění cizinců

Application for Foreigners' Basic Medical Insurance

POJIŠTĚNÍ / INSURANCE

Počátek pojištění (den, měsíc, rok) / Commencement of Insurance (DD, MM, YYYY) _____ Konec pojištění (den, měsíc, rok) / End of Insurance (DD, MM, YYYY) _____

Místo konce pojištění lze uvést délku pojistné doby: / Instead of the end of insurance, the length of the insurance period may be given here: dnů / days : _____ měsíců / months : _____

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 (před jménem, za jménem) / Academic titles (before and after name) _____ Datum narození (den, měsíc, rok) / Date of birth (DD, MM, YYYY) _____ Pohlaví / Sex: Žena-Z / Female-F Muž-M / Male-M

Průkaz totožnosti: číslo (je-li pojistník totožný s pojištěným) / Identity card number (if the policyholder is the same as the insured person) _____ E-mail: _____ Telefon / Telephone: _____

Právnícká osoba / Legal person: _____ IČ / Organization Reg.No.: _____

Korespondenční adresa / Correspondence address: _____

Ulice a orientační číslo / Street and house number: _____

PSC / 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 (před jménem, za jménem) / Academic titles (before and after name) _____ Datum narození (den, měsíc, rok) / Date of birth (DD, MM, YYYY) _____ Pohlaví / Sex: Žena-Z / Female-F Muž-M / Male-M

Průkaz totožnosti: číslo / Identity card number _____ E-mail: _____ Telefon / Telephone: _____

Korespondenční adresa / Correspondence address: _____

Ulice a orientační číslo / Street and house number: _____

PSC / 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 pojistitelem / Identical with the insurer _____

Jméno / First name: _____ Příjmení / Surname: _____ Titul (před jménem, za jménem) / Academic titles (before and after name) _____

Průkaz totožnosti: číslo / Identity card number _____ E-mail: _____ Telefon / Telephone: _____

Korespondenční adresa / Correspondence address: _____

Ulice a orientační číslo / Street and house number: _____

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

Požadují sjednat / I require to arrange:

Typ pojištění: / Type of Insurance Standard / standard Nadstandard / above standard Sportovní soutěže / sports competitions Nebezpečné sporty / dangerous sports

Územní platnost: / territorial validity ČR + transit Schengen + transit

Vyšší limit plnění: / higher limit L1 L2

Slevu pojistného:

pro pojišťované dítě rodiče, který má k datu uzavření pojistné smlouvy sjednáno platné pojištění ZZPC (popř. ZPCN) pojistnou smlouvou č.:
Discount for the children of parents who are already insured by the ZZPC (or ZPCN) - Insurance Policy No.:

V _____ dne _____
In _____ date

Podpis žadatele
Signature of applicant