



Žádost o sjednání KOMPLEXNÍHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ EXCLUSIVE

Application for Foreigners' Comprehensive Medical Insurance - EXCLUSIVE

Vyplňuje zájemce (budoucí pojistník)
Complete client (future policyholder)

Související pojistná smlouva č.:
Related Insurance Policy No:

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 v měsících:
Instead of the end of insurance, the length of the insurance period in months may be given here

Limit pojistného plnění pro zdravotní služby včetně repatriace a převozu:
[The insurance benefits limit for healthcare services, including repatriation and transportation]:

- 2 500 000 Kč [CZK]
 4 500 000 Kč [CZK]
 6 500 000 Kč [CZK]

Kromě pojištění Standard požadují sjednat také [In addition to Standard insurance I also require to arrange]:

- pojištění Novorozence (zahrnuje zdravotní péči o novorozence pojištěné matky, neuplatňují se čekací doby)
[New-born Baby Insurance (also covers postnatal care provided to the insured mother's new-born baby, the qualifying periods are not applied)]
- pojištění Profesionální sporty
[Insurance for professional sports]
- Pojištění léčebných výloh pro schengenský prostor (nutná a neodkladná zdravotní péče)
[Medical Expenses Insurance for the Schengen area (necessary and urgent healthcare)]
- Pojištění denního odškodného při hospitalizaci 200 Kč/den [CZK] 300 Kč/den [CZK] 500 Kč/den [CZK]
Insurance of daily benefit during hospitalisation
- Pojištění občanské odpovědnosti 2 000 000 Kč [CZK] 4 000 000 Kč [CZK]
Civil liability:
- Úrazové pojištění *) TN: 200 000 Kč [CZK] TN: 300 000 Kč [CZK] TN: 400 000 Kč [CZK]
Accident insurance: SU: 100 000 Kč [CZK] SU: 150 000 Kč [CZK] SU: 200 000 Kč [CZK]

Dále požadují [I also request]:

- Slevu pojistného pro studenta [A reduction on the premium for a student]

URČENÍ POJISTNÍKA [POLICYHOLDER]

toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu (zájemce) [the person taking out the insurance policy with the insurer (the client)]

- Právnícká osoba [Legal person] Zahraniční osoba [Foreign person]

Jméno [First name]: _____ Příjmení [Surname]: _____ Titul [Academic titles]: _____ Datum narození [Date of birth]: _____
(den, měsíc, rok (DD, MM, YYYY))

Pohlaví [Sex]:
Žena-Z Female
Muž-M Male

Průkaz totožnosti č. [Identity card no.]: _____ E-mail: _____ Telefon [Telephone]: _____ Národnost [Nationality]: _____

Právnícká osoba [Legal entity]: _____ IČ [Organization Reg. No.]: _____

Korespondenční adresa [Correspondence address]: _____
Ulice a orientační číslo [Street and house number]: _____

PSČ [Postcode]: _____ Obec (dodávací pošta) Stát [Municipality (delivering post office) State]: _____

URČENÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY [INSURED PERSON] Je totožná s pojistníkem [Identical with the policyholder]

Jméno [First name]: _____ Příjmení [Surname]: _____ Titul [Academic titles]: _____ Datum narození [Date of birth]: _____
(den, měsíc, rok (DD, MM, YYYY))

Pohlaví [Sex]:
Žena-Z Female
Muž-M Male

Průkaz totožnosti č. [Identity card no.]: _____ E-mail: _____ Telefon [Telephone]: _____ Národnost [Nationality]: _____

Korespondenční adresa [Correspondence address]: _____
Ulice a orientační číslo [Street and house number]: _____

PSČ [Postcode]: _____ Obec (dodávací pošta) Stát [Municipality (delivering post office) State]: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE/ OPATROVNÍK POJIŠTĚNÉ OSOBY: (je-li určen)

LEGAL REPRESENTATIVE/ GUARDIAN OF THE INSURED PERSON: (if applicable)

- Je totožný s pojistníkem [Identical with the policyholder]

Jméno / First name: _____ Příjmení / Surname: _____ Kontakt (Telefon, E-mail): _____

Korespondenční adresa / Correspondence address

PSČ / Postcode: _____ Obec (dodávací pošta), Ulice a orientační číslo, Stát / Municipality (delivering post office), Street and house number, State: _____

ZÁJEMCE BERE NA VĚDOMÍ [THE CLIENT NOTES]

Vstupní lékařská prohlídka, je-li vyžadována, musí být provedena v rozsahu stanoveném „Protokolem o vstupní lékařské prohlídce“ [If the entrance medical examination is required it must be to the extent set out in the „Entrance Medical Examination Report“]

Náklady na tuto vstupní lékařskou prohlídku pojistitel nehradí. V případě uzavření pojistné smlouvy budou náklady na vstupní lékařskou prohlídku odečteny z pojistného v dohodnuté výši. [The costs of the entrance medical examination will not be paid by the insurer. If an insurance policy is concluded the expenses of the entrance medical examination will be deducted from the premium in the agreed amount]

Beru na vědomí, že výsledky vstupní lékařské prohlídky mají platnost maximálně 30 dní. [I take cognizance of the fact that the results of the entrance medical examination are valid for a maximum of 30 days.]

Dále beru na vědomí, že podáním žádosti nebo podrobením se vstupní lékařské prohlídce ještě nevzniká nárok na uzavření pojistné smlouvy. [The client also notes that the submission of an application or the undergoing of an entrance medical examination does not establish a right to take out an insurance policy.]

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ZÁJEMCE [DECLARATION OF HONOUR BY THE CLIENT]

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné závažné ani jiné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění.

[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.]

Pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události prohlašuji, že s poskytnutím údajů o zdravotním stavu souhlasím a opravňuji všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po mé smrti, pojistiteli nebo osobám zmocněným pojistitelem sdělovat.

[For the event of determining the amount of the insurance risk, the amount of the premium or the investigation of an insured event, as the case may be, I hereby declare that I agree with the provision of information on my state of health and authorise all contacted healthcare providers and health insurers to disclose this information to the insurer or to parties authorised by the insurer, even after my death.]

V [In] _____

dne [Date] _____

Podpis zájemce [Signature of client]

- Zvolenou variantu označte křížkem
Select a variant by placing a cross by it

- *) TN = Trvalé následky úrazu / Permanent effects of the accident
SU = Smrt úrazem / Death insurance