



# Žádost o sjednání PREMIUM - ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

## Application for Foreigners' Medical Insurance - PREMIUM

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

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

- připojištění profesionálních sportů [Supplementary Professional Sports Insurance]  
 připojištění léčebných výloh pro schengenský prostor [Supplementary Medical Expenses Insurance for the Schengen area]  
 připojištění Novorozenců\*) [Supplementary New-born Baby\*) Insurance]

\*) Připojištění Novorozenců zahrnuje zdravotní péči o novorozence pojištěné matky.  
Supplementary New-born Baby insurance includes healthcare for the new-born baby of the insured mother.

Dále požaduji [I also request]:

- Slevu pojistného pro pojišťované dítě (od 1 do 6 let) rodiče, který má k datu uzavření pojistné smlouvy sjednáno platné komplexní zdravotní pojištění cizinců (KZPC) Pojišťovny VZP, a.s. pojistnou smlouvou č.: \_\_\_\_\_ [A reduction on the premium for an insured child (1 to 6 years old) of a parent who has valid comprehensive foreigners' health insurance (KZPC) arranged with Pojišťovna VZP, a.s., on the date the insurance policy is concluded under insurance policy no.:] \_\_\_\_\_  
 Slevu pojistného pro studenta (18 - 26 let) [A reduction on the premium for a student (aged 18 - 26 years)]

### 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]: \_\_\_\_\_ Pohlaví [Sex]:  
(před jménem, za jménem [before and after name]) (den, měsíc, rok [DD, MM, YYYY]) Žena-Z Female Muž-M Male

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

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]: \_\_\_\_\_ Pohlaví [Sex]:  
(před jménem, za jménem [before and after name]) (den, měsíc, rok [DD, MM, YYYY]) Žena-Z Female Muž-M Male

Průkaz totožnosti číslo [Identity card number]: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon [Telephone]: \_\_\_\_\_

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 POJIŠTĚNÉ OSOBY: (je-li určen)

LEGAL REPRESENTATIVE OF THE INSURED PERSON: (if applicable)  Je totožný s pojistníkem [Identical with the policyholder]

Jméno [First name]: \_\_\_\_\_ Příjmení [Surname]: \_\_\_\_\_ Titul [Academic titles]: \_\_\_\_\_ Datum narození [Date of birth]: \_\_\_\_\_ Pohlaví [Sex]:  
(před jménem, za jménem [before and after name]) (den, měsíc, rok [DD, MM, YYYY]) Žena-Z Female Muž-M Male

Průkaz totožnosti číslo [Identity card number]: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon [Telephone]: \_\_\_\_\_

Korespondenční adresa [Correspondence address]:

Ulice a orientační číslo [Street and house number]: \_\_\_\_\_

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

### ZÁJEMCE BERE NA VĚDOMÍ [THE CLIENT NOTES]

Vstupní lékařská prohlídka, je-li vyžadována, musí být provedena smluvním lékařem pojistitele. [If the entrance medical examination is required it must be performed by the insurer's contractual doctor.]

Náklady na tuto vstupní lékařskou prohlídku a náklady na vyšetření HIV pozitivitu pojistitel nehradí. V případě uzavření pojistné smlouvy budou náklady na vstupní lékařskou prohlídku do výše 700 Kč odečteny z pojistného. [The costs of the entrance medical examination and the costs of an HIV test will not be paid by the insurer. If an insurance policy is concluded the expenses of the entrance medical examination of up to CZK 700 will be deducted from the premium.]

Dále bere 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.]

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 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 personal data.]

Souhlas uděluji 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 zájemce [Signature of client]

PREMIUM\_ŽU\_1

## Zdravotní dotazník pojištěné osoby

### Health questionnaire for the insured person

Bez vyplnění tohoto dotazníku nelze pojištění sjednat!

Insurance cannot be taken out if this questionnaire is not filled in!

Pojištěná osoba zodpoví všechny následující otázky. Odpoví-li na některou otázku ANO, vyplní také doplňující údaje, jsou-li žádané.  
The insured person is to answer all the following questions. If they answer YES to any question, they are also to complete the following details if required.

ANO  
[YES]

NE  
[NO]

1. Máte v současné době zdravotní problém, jaký? [Do you currently have a health problem? Which one?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Byl jste v minulosti hospitalizován nebo ambulantně vyšetřován či léčen, z jakého důvodu? [Have you been hospitalized or examined or treated inpatient care in the past? For which reason?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Užíváte pravidelně nějaké léky, jaké? [Do you regularly use any medicines? Which one?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Trpíte alergií, jakou? [Do you suffer from any allergies? Which one?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Byl jste vyšetřován nebo léčen (příp. v kontaktu) pro tuberkulózu, hepatitidy (žloutenky), AIDS, sexuálně přenosné choroby nebo jiné infekční onemocnění? [Have you been examined or treated for (or been in contact with) tuberculosis, hepatitis (jaundice), AIDS, sexually transmitted diseases or any other infectious illnesses?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Konzumujete alkohol či jiné návykové látky? Uveďte druh a množství. [Do you consume alcohol or any other addictive substances? Describe the kind and amount.]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kouříte? [Do you smoke?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Prodělal jste úraz, jaký? [Have you ever suffered an injury? Describe]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Máte trvalé následky úrazu? [Do you have any permanent effects from an injury?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Provozujete rizikové činnosti? [Do you perform any risk-prone activity?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jste profesionální sportovec? [Are you a professional sportsman/woman?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bylo Vám zjištěno onemocnění srdce a cév? (např. zvýšený krevní tlak, ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda, plicní embolie, poruchy srdečního rytmu, záněty žil, hemoroidy) [Has any disorder of the heart or blood vessels been detected in you? (e.g. high blood pressure, ischaemic heart disease, stroke, pulmonary embolism, heart rhythm disturbances, phlebitis or haemorrhoids.)]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bylo Vám zjištěno onemocnění dýchací soustavy (např. astma bronchiale, chronické dýchací obtíže)? [Has any disorder of the respiratory system been detected in you? (e.g. bronchial asthma, chronic respiratory disorders)?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bylo Vám zjištěno onemocnění trávicí soustavy (včetně onemocnění jater, žlučníku, slinivky břišní)? [Has any disorder of the digestive system been detected in you (including disorders of the liver, gall bladder or pancreas)?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bylo Vám zjištěno onemocnění močové a pohlavní soustavy (např. infekce, močové kaménky, onemocnění prostaty, gynekologická onemocnění)? [Has any disorder of the uric or reproductive system been detected in you (e.g. infection, urinary stones, prostate disorders, gynaecological disorders)?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bylo Vám zjištěno onemocnění nervové soustavy (např. bolesti hlavy, epilepsie, roztroušená skleróza)? [Has any disorder of the nervous system been detected in you (e.g. headaches, epilepsy, multiple sclerosis)?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bylo Vám zjištěno onemocnění pohybového aparátu (např. bolesti zad, kloubní obtíže)? [Has any disorder of the musculoskeletal system been detected in you e.g. back pain, joint problems)?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bylo Vám zjištěno onemocnění endokrinní a metabolické (např. cukrovka, onemocnění štítné žlázy, porucha metabolismu tuků)? [Has any endocrine or metabolic disorder been detected in you (e.g. diabetes, thyroid gland disorder, fat metabolism disorder)?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Bylo Vám zjištěno onemocnění týkající se krve nebo poruchy imunity? [Has any blood disorder or immunity disorder been detected in you?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bylo Vám zjištěno nádorové onemocnění? [Has any tumorous disorder been detected in you?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bylo Vám zjištěno duševní onemocnění? [Has any mental disorder been detected in you?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Bylo Vám zjištěno jiné onemocnění (např. kýla, oční vady, šedý nebo zelený zákal, onemocnění sluchu, kožní onemocnění)? [Has any other disorder been detected in you (e.g. hernia, eye defect, cataract or glaucoma, hearing defect or skin disorder)?]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉ OSOBY [STATUTORY DECLARATION BY THE INSURED PERSON]

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.]

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 jejích 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 pojištěné osoby (zákonného zástupce) [Signature of insured person (legal representative)]