



Žádost o sjednání Základního zdravotního pojištění cizinců Application for Foreigners' Basic Medical 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

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): _____ Datum narození (den, měsíc, rok): _____ Pohlaví/Sex: _____

Academic titles (before and after name)

Date of birth (DD, MM, YYYY)

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: _____

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 (před jménem, za jménem): _____ Datum narození (den, měsíc, rok): _____ Pohlaví/Sex: _____

Academic titles (before and after name)

Date of birth (DD, MM, YYYY)

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: _____

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: _____ 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: _____

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

Požaduji sjednat / I require to arrange:

Typ pojištění:
Type of insurance

- Standard / standard (Turistický pobyt / tourist stay)
 Nadstandard / above standard (Pracovní pobyt / working stay)
 Sportovní soutěže / sports competitions
 Nebezpečné sporty / dangerous sports

Územní platnost:
Territorial validity

- ČR + transit
 Schengen + transit

Limit plnění:
Benefits limit

- základní / basic 1 700 000 Kč
 L1 1 900 000 Kč
 L2 2 100 000 Kč

V _____
In _____

dne _____
date _____

Podpis žadatele
Signature of applicant

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