



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

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 léčebných výloh pro schengenský prostor (nutná a neodkladná zdravotní péče): turistická cesta [tourist trip]
[Medical Expenses Insurance for the Schengen area (necessary and urgent healthcare):] pracovní cesta [working trip]
- pojištění pro případ hospitalizace [Insurance for the case of hospitalization]

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

Limit L1: 1 800 000 Kč [CZK]

Limit L2: 3 000 000 Kč [CZK]

Dále požadují [I also request]:

- Slevu z pojistného pro dalšího rodinného příslušníka (rodiče a děti) k platné pojistné smlouvě Komplexního zdravotního pojištění EXCLUSIVE Pojišťovny VZP, a.s., číslo:
[A discount off the premium for an additional family member (parents and children) having a valid Foreigners' Comprehensive Medical Insurance EXCLUSIVE policy with Pojišťovna VZP, a.s. under insurance policy no.:]
- 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]

Národnost [Nationality]:

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]: 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]: 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 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 of 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.]

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 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 zájemce [Signature of client]

Zdravotní dotazník pojišťované 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!

Pojišťovaná osoba zodpoví všechny následující otázky. Odpovědi-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]

- Máte v současné době zdravotní problém, jaký? [Do you currently have a health problem? Which one?]
- Byl jste v posledních 3 letech hospitalizován nebo ambulantně vyšetřován z důvodu nemoci nebo úrazu? Upřesněte. [Were you hospitalised or treated on an outpatient basis in the past three years because of illness or injury? Describe.]
- Užíváte pravidelně nějaké léky, jaké? [Do you regularly use any medicines? Which one?]
- Trpíte alergií, jakou? [Do you suffer from any allergies? Which one?]
- Byl jste vyšetřován nebo léčen (příp. v kontaktu) pro tuberkulózu, hepatitidy (žloutenky), AIDS, sexuálně přenosné choroby nebo jiné infekční onemocnění? Uveďte jaké. [Have you been examined or treated for (or been in contact with) tuberculosis, hepatitis (jaundice), AIDS, sexually transmitted diseases or any other infectious illnesses? Describe which one.]
- Konzumujete alkohol či jiné návykové látky? Uveďte druh a množství. [Do you consume alcohol or any other addictive substances? Describe the kind and amount.]
- Kouříte? [Do you smoke?]
- Prodělal jste úraz, jaký? [Have you ever suffered an injury? Describe]
- Máte trvalé následky úrazu, jaké? [Do you have any permanent effects from an injury? Which one?]
- Provozujete rizikové činnosti, jaké? [Do you perform any risk-prone activity? Which one?]
- Jste profesionální sportovec? Uveďte druhy sportů. [Are you a professional sportsman/woman? Specify types of sports.]
- Bylo Vám zjištěno onemocnění srdce a cév, jaké? (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? Which one? (e.g. high blood pressure, shaemic heart disease, stroke, pulmonary embolism, heart rhythm disturbances, phlebitis or haemorrhoids.)]
- Bylo Vám zjištěno onemocnění dýchací soustavy, jaké (např. astma bronchiale, chronické dýchací obtíže)? [Has any disorder of the respiratory system been detected in you? (e.g. bronchial asthma, chronic respiratory disorders)? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno onemocnění trávicí soustavy, jaké (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)? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno onemocnění močové a pohlavní soustavy, jaké (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)? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno onemocnění nervové soustavy, jaké (např. bolesti hlavy, epilepsie, roztroušená skleróza)? [Has any disorder of the nervous system been detected in you (e.g. headaches, epilepsy, multiple sclerosis)? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno onemocnění pohybového aparátu, jaké (např. bolesti zad, kloubní obtíže)? [Has any disorder of the musculoskeletal system been detected in you e.g. back pain, joint problems)? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno onemocnění endokrinní a metabolické, jaké (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)? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno onemocnění týkající se krve nebo poruchy imunity, jaké? [Has any blood disorder or immunity disorder been detected in you? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno nádorové onemocnění, jaké? [Has any tumorous disorder been detected in you? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno duševní onemocnění, jaké? [Has any mental disorder been detected in you? Which one?]
- Bylo Vám zjištěno jiné onemocnění, jaké (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)? Which one?]
- Je Vám doporučováno nějaké vyšetření, léčení, operace nebo je hodláte podstoupit, jaké? [Has any examination, treatment or operation been recommended to you, or do you intend to undergo such procedure? Which one?]

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚVANÉ 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.]

Pokud se ukáže, že uvedené údaje jsou neúplné nebo se nezakládají na pravdě, beru na vědomí, že pojistitel může pojistné plnění snížit, případně od pojistné smlouvy odstoupit. [If it turns out that the data is incomplete or untrue, I hereby acknowledge that the insurer may reduce the insurance benefit or withdraw from the insurance contract]

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 lékařů 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 doctors, 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 pojišťované osoby (zákonného zástupce/ opatrovníka)
[Signature of insured person (legal representative/ guardian)]**ZÁVĚR REVIZNÍHO LÉKAŘE: (zakřížkujte zvolený vyjádření)**
 Pojistit
Insure

 Nepojistit
Do not insure

Datum, jméno, podpis a otisk razítka revizního lékaře [Date, name, signature and stamp of physician reviewer]