



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

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: 1 800 000 Kč [CZK]
The insurance benefits limit for healthcare services, including repatriation and transportation): 3 000 000 Kč [CZK]

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

Nebezpečné sporty / dangerous sports

Pojištění občanské odpovědnosti / Civil liability: 2 000 000 Kč [CZK]
 4 000 000 Kč [CZK]

Úrazové pojištění / Accident insurance: *) TN: 200 000 Kč [CZK] TN: 300 000 Kč [CZK] TN: 400 000 Kč [CZK]
SU: 100 000 Kč [CZK] SU: 150 000 Kč [CZK] SU: 200 000 Kč [CZK]

Dále požadují [I also request]:

Slevu z pojistného pro dalšího rodinného příslušníka (rodiče a děti) k platné pojistné smlouvě zdravotního pojištění Pojišťovny VZP, a.s., číslo:
A discount of the premium for an additional family member (parents and children) having a valid Medical Insurance 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 / 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 č.: /Identity card No. E-mail: _____ Telefon / Telephone: _____ Národnost /Nationality: _____

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 totožná s pojistníkem Identical with the policyholder

Jméno / First name: _____ Příjmení / Surname: _____ Titul : _____ Datum narození (den, měsíc, rok): _____ Pohlaví/Sex: _____
Academic titles Date of birth (DD, MM, YYYY) Žena-Z Female-F Muž-M Male-M

Průkaz totožnosti č.: /Identity card No. E-mail: _____ Telefon / Telephone: _____ Národnost /Nationality: _____

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/ 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

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

V _____
In

dne _____
date

Podpis žadatele

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

Signature of applicant