



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 požaduji 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]
- Nepovinné očkování [Optional vaccination]
- 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 následkem úrazu
Insurance of daily benefit during hospitalisation as a consequence of an accident
- 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 požaduji [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]: _____ Pohlaví [Sex]:
(den, měsíc, rok [DD, MM, YYYY]) 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]: _____
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 [Academic titles]: _____ Datum narození [Date of birth]: _____ Pohlaví [Sex]:
(den, měsíc, rok [DD, MM, YYYY]) 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]: _____
PSC [Postcode]: _____ Obec (dodávací pošta) Stát [Municipality (delivering post office) State]: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE/ OPATROVNÍK POJIŠTĚNÉ OSOBY: (je-li určen) Je totožný s pojistníkem [Identical with the policyholder]

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

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

Průkaz totožnosti číslo [Identity card number]: _____ E-mail: _____ Telefon [Telephone]: _____ Národnost [Nationality]: _____

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.]

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 th accident
SU = Smrt úrazem / Death insurance