

542012495200000102PS

se řídí pojistnými podmínkami PVZP: SPORT 1/20, ZZPC 1/22  
regulated by Pojišťovna VZP, a.s. insurance terms and conditions

Pojistné nebezpečí, pojistná událost a oprávněná osoba jsou pro sjednaná pojištění určeny v pojistných podmínkách.  
Pojistná smlouva je uzavřena přijetím nabídky pojistitele na pojištění **zaplacením** pojistného v době platnosti nabídky a v předepsané výši na účet pojistitele.

**Pojištění splňuje požadavky zákona č.326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů, pokud pojištěný nežadá na území České republiky o vízum k pobytu nad 90 dnů nebo o prodloužení doby pobytu.**

*The insurance meets the requirements of Act No. 326/1999 Coll. on the Residence of Foreigners on the Territory of the Czech Republic, as subsequently amended, unless the insured person is applying on the territory of the Czech Republic for a residence visa of more than 90 days or for an extension of the period of residence.*

Číslo smlouvy:  
Policy number

5420124952

Pojistitel:  
Insurer

Pojišťovna VZP, a.s., se sídlem Praha 1, Lazarská 1718/3, PSČ 110 00, Česká republika, IČ: 27116913, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spis. zn. B 9100, tel: 233 006 311, info@pvzp.cz

Zástupce pojistitele:  
Insurer representative

XYZ, a.s., Jan Novák, 000000000, e-mail: xyz.com

Pojištěný:  
Policyholder

Jméno a příjmení:  
Name and surname

John Doe

IČO / Datum narození:  
Organization ID / Date of birth

03.10.1974

Identifikace:  
Identification

Číslo pasu: AB 58845

Pohlaví:  
Sex

Muž

Korespondenční adresa:  
Correspondence address

Hůrka 5, Vrchotovy Janovice, 25755, Česká republika

Telefon:  
Phone

111

E-mail:

j.doe@xx.com

Pojištěný:  
Insured person

Pojištěný je shodný s pojistníkem.

POJIŠTĚNÍ:  
Insurance

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V SCHENGENSKÉM PROSTORU:  
Medical Insurance in Schengen area

TYP: Standard

LIMIT POJIŠTĚNÉHO PLNĚNÍ  
Limit of insurance coverage

Zdravotní péče včetně repatriace a převozu: *Healthcare services including repatriation and transportation*

3000000 Kč

Neodkladné ošetření zubů: *Urgent dental treatment*

10000 Kč

Ambulantně předepsané léky: *Prescribed out-patient medicines*

10000 Kč

POJIŠTĚNÍ OBČANSKÉ ODPOVĚDNOSTI: *Civil liability insurance*

NESJEDNÁNO

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ: *Accident insurance*

NESJEDNÁNO

Pojistná doba:  
Period of insurance

- počátek

01.10.2023

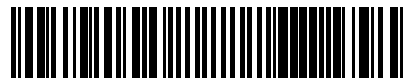
- konec

21.10.2023

Celkové jednorázové pojistné:  
Total lump-sum premium

- slovy  
in words

Jednorázové pojistné je splatné dnem uzavření pojistné smlouvy.  
Single insurance premium is payable on conclusion of insurance policy.



#### Prohlášení pojistníka:

Přijetím nabídky na pojištění potvrzuji, že jsem se jako zájemce o pojištění před uzavřením pojistné smlouvy (dále jen „smlouva“) seznámil s informacemi pojistitele. Dále potvrzuji, že jsem se před uzavřením smlouvy podrobně seznámil s jejím obsahem včetně **pojistných podmínek** a všech dalších jejích součástí a že jsem všemu rozuměl. S obsahem smlouvy souhlasím a potvrzuji pravdivost a úplnost údajů ve smlouvě uvedených. Není-li osoba pojistníka a pojištěného totožná, prohlašuji, že jsem pojištěného podrobně seznámil s obsahem smlouvy včetně všech jejích součástí, že pojištěný všemu rozuměl a vyjádřil svůj souhlas s obsahem smlouvy a že pojištěného vždy seznámil i se všemi případnými změnami smlouvy a že k datu uzavření smlouvy nenastala u pojištěného žádná událost, která by mohla být důvodem vzniku pojistné události. Také prohlašuji, že pojištěný souhlasí, pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události, s poskytnutím údajů o jeho zdravotním stavu a opravňuje všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po jeho smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat.

Prohlašuji na svou čest, že mám pojistný zájem na zdraví pojištěné osoby a že výše uvedené souhlasy pojištěného jsem oprávněn činit na základě souhlasu pojištěného nebo jeho zákonného zástupce/opatrovníka.

Prohlašuji, že dokumenty (předmluvní informace, informace o zpracování osobních údajů, pojistné podmínky) jsem dostal v listinné nebo s mým souhlasem v jiné textové podobě/elektronicky (na trvalém nosiči dat), a to v dostatečném předstihu před uzavřením pojistné smlouvy.

Dále prohlašuji, že souhlasím i s elektronickou formou předávání informací na mnou uvedené elektronické kontakty.

**Pojistník souhlasí s tím, že v případě zániku pojištění před uplynutím pojistné doby, pojistitel oznámí tuto skutečnost útvaru pověřenému azylovou a migrační politikou.**

#### Prohlášení pojistitele:

Bez písemného oznámení pojistné události pojistiteli nelze realizovat pojistné plnění.

#### Uzavření pojistné smlouvy:

Conclusion of insurance policy

08.09.2023

Robert Kareš, PhD., MBA  
předseda představenstva  
Pojišťovna VZP, a.s.

VZOR



regulated by Pojišťovna VZP, a.s. insurance terms and conditions: SPORT 1/20, ZZPC 1/22

The covered risk, insurance event and beneficiary are determined in the insurance terms and conditions for the agreed insurance. The insurance contract is concluded by accepting the insurer's offer of the insurance contract and by **paying** the premium during the period of validity of the offer and in the prescribed amount to the insurer's account.

**The insurance meets the requirements of Act No. 326/1999 Coll. on the Residence of Foreigners on the Territory of the Czech Republic, as subsequently amended, unless the insured person is applying on the territory of the Czech Republic for a residence visa of more than 90 days or for an extension of the period of residence.**

**Policy number:**

**Insurer:** **Pojišťovna VZP, a.s.**, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1 - Nové Město, Czech Republic, Organization Identification No. (IČ): 27116913, Registered in the Commercial Register held by the Prague Municipal Court, Section B, File 9100, phone: 233 006 311, info@pvzp.cz

**Insurer representative:**

**Policyholder:**

Name and surname:

Organization ID / Date of birth:  Identification:  Sex:

Correspondence address:

Phone:  E-mail:

**Insured person:** The insured person is the same as the policyholder.

**INSURANCE:**

MEDICAL INSURANCE IN SCHENGEN AREA:	TYPE: Standard	LIMIT OF INSURANCE COVERAGE
Healthcare services including repatriation and transportation		3000000 CZK
Urgent dental treatment		10000 CZK
Prescribed out-patient medicines		10000 CZK
CIVIL LIABILITY INSURANCE:		NOT ARRANGED
ACCIDENT INSURANCE:		NOT ARRANGED

**Period of insurance:**

**Total lump-sum premium:**

Single insurance premium is payable on conclusion of insurance policy.

**Declaration of policyholder:**

By accepting the insurance offer I confirm that prior to taking out the insurance policy (hereinafter „policy“) as an insurance applicant I familiarized myself with the information of the insurer. I also confirm that prior to taking out the policy I familiarized myself in detail with its contents, including the **insurance terms and conditions** and all the other elements, and that I understood everything. I consent to the policy contents and confirm the correctness and completeness of the information given in the policy. If the policyholder and the insured person are not the one and the same person, I hereby declare that I have familiarised the insured person in detail with the contents of the policy, including all of its components, that the insured person had understood everything and expressed his/her consent with the contents of the policy, and that I will always inform the insured person of any changes to the policy, and that, as of the conclusion of the policy, no event had arisen with regard to the insured person that could constitute reason for the occurrence of an insured event. I also declare that the insured person consents, for the event of determining the amount of the insurance risk, the amount of the premium or the investigation of an insured event, as the case may be, with the provision of information on his/her state of health and authorises all contacted healthcare providers and health insurers to disclose this information to the insurer or to parties authorised by the insurer, even after his/her death.

I declare upon my honour that I have an insurance interest in the health and life of the insured persons and that I am entitled to provide the aforementioned consent for the insured person on the basis of the prior agreement of this insured person or his/her statutory representative/ guardian.

I declare that I have received the documents (pre-contractual information, information on the processing of personal data, insurance terms and conditions) in paper form or, with my consent, in a different text form / electronically (on a durable data medium) sufficiently in advance of the conclusion of the insurance contract.

I further declare that I also agree to information being provided to me electronically using my electronic contact details.

**The policyholder agrees that if the insurance period is reduced then the insurer shall inform the department responsible for asylum and immigration policy of this fact.**

**Declaration of the insurer:**

Without written notification of an insured event to the insurer, insurance benefits cannot be paid.

**Conclusion of insurance policy:**