



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

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

- ☐ 3 000 000 Kč [CZK]
☐ 4 500 000 Kč [CZK]
☐ 6 500 000 Kč [CZK]

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
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 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]:

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]:
(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]:

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]:
(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 the accident
SU = Smrt úrazem / Death insurance

Komplexní zdravotní pojištění cizinců
Foreigners' comprehensive medical insurance
Zdravotní dotazník pro pojištěného
Health questionnaire for the insured person

Jméno:
First name

Příjmení:
Surname

Datum narození:
Date of birth

Číslo pojistné smlouvy:
Insurance Policy No

Titul:
Academic title

Identifikace:
Identification
(rodné číslo / průkaz totožnosti)
(personal No. / ID card)

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou k datu podpisu úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění.

I hereby declare that all of the information I have provided herein is complete and accurate as at the date of signing and that I have not concealed any facts in relation to the insurance requested.

Bez vyplnění a podpisu tohoto dotazníku pojištěným nelze pojištění sjednat!

V případě uzavření pojistné smlouvy je tento vyplněný a podepsaný dotazník její nedílnou přílohou.

The insurance cannot be arranged without completing and signing this questionnaire!

In the event of concluding an insurance contract, this completed and signed questionnaire shall constitute its integral appendix.

Zvolenou variantu označte křížkem
Mark the selected option with a cross.

- 1) Máte v současné době nějaký zdravotní problém, bylo/je vám doporučováno nějaké vyšetření, léčení, operace případně je plánujete podstoupit, nebo čekáte na výsledky lékařských vyšetření nebo testů? (pokud ano, upřesněte)
Do you currently have any health problems, have you been/ are you advised or are you planning to undergo an examination, treatment, operation or are you waiting for the results of medical examinations or tests? Please specify.
- ☐ ANO YES ☐ NE NO
- 2) Bylo Vám zjištěno onemocnění, pro které jste/jste byl léčen nebo sledován (kromě běžných respiračních onemocnění), případně máte zjištěnou vrozenou vadu? (pokud ano, upřesněte)
Have you been diagnosed with an illness for which you have been treated (except for common respiratory diseases) or have you been diagnosed with a congenital defect? Please specify.
- ☐ ANO YES ☐ NE NO
- 3) Užíváte, nebo aplikujete pravidelně léky předepsané lékařem (kromě hormonální antikoncepce, vitamínů a potravinových doplňků)? (pokud ano, upřesněte)
Are you regularly taking or administering medications prescribed by a doctor? (excluding hormonal contraceptives, vitamins and dietary supplements) Please specify.
- ☐ ANO YES ☐ NE NO
- 4) Byl jste v posledních 3 letech hospitalizován, operován nebo ambulantně vyšetřován z důvodu nemoci nebo úrazu (kromě hospitalizace v souvislosti s porodem)? (pokud ano, upřesněte)
Have you in the last 3 years been hospitalised, operated on or treated as an outpatient for an illness or injury? (excluding hospitalisation related to childbirth) Please specify.
- ☐ ANO YES ☐ NE NO
- 5) Utrpěl jste kdykoli úraz, který zanechal trvalý následek? (pokud ano, uveďte poškozenou část těla a trvalý následek (např. omezení hybnosti, ochrnutí, poškození funkce, fyzická ztráta včetně určení vpravo/vlevo))
Have you ever suffered an injury that left a lasting effect? If so, please indicate the damaged part of the body and the lasting effect (for example, restricted movement, paralysis, impairment of function, physical loss including specification- right/left) Please specify.
- ☐ ANO YES ☐ NE NO
- 6) Byl jste/Jste nyní vyšetřován, nebo léčen (příp. v kontaktu) pro tuberkulózu, hepatitidy, AIDS, sexuálně přenosné choroby nebo jiné infekční onemocnění? (pokud ano, upřesněte)
Have you been/are you now being examined or treated (or in contact) for tuberculosis, hepatitis, AIDS, sexually transmitted diseases or other infectious diseases? Please specify.
- ☐ ANO YES ☐ NE NO
- 7) Užíval jste/užíváte návykové látky, trpěl jste/trpíte jakoukoli závislostí, byla Vám doporučena léčba v této souvislosti (alkohol, drogy, léky apod.)? (pokud ano, upřesněte)
Have you used/are you using any addictive substances, have you suffered/are you suffering from any addiction, have you been recommended treatment in this regard (alcohol, drugs, medicines, etc.)? Please specify.
- ☐ ANO YES ☐ NE NO
- 8) Jste profesionální sportovec? (pokud ano, upřesněte)
Are you a professional sportsperson? Please specify.
- ☐ ANO YES ☐ NE NO

Komplexní zdravotní pojištění cizinců
Foreigners' comprehensive medical insurance
Zdravotní dotazník pro pojištěného
Health questionnaire for the insured person

Prohlášení pojištěného

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou k datu podpisu úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění. 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. Dále prohlašuji, že souhlasím, pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události, s poskytnutím údajů o mém zdravotním stavu a opravňuji všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po mé smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat. Své prohlášení stvrzuji podpisem.

Declaration of the insured person

Should it be shown that the information provided herein is incomplete or not based on truth, I acknowledge that the insurer may reduce the insurance benefit or withdraw from the insurance, as the case may be. I further declare that, in case of determining the amount of the insurance risk, the amount of the premium, or investigating an insured event, to consent to providing information on my medical state and authorise all questioned healthcare providers and medical insurance companies to provide this information, even after my death, to the insurer or to persons authorised by the Insurer. I sign below as confirmation of my declaration.

Datum:
Date

Podpis pojištěného (zák. zástupce/opatrovníka):
Signature of the insured person (legal representative/guardian)
