

se řídí pojistnými podmínkami PVZP: KZPCE 1/23, SPORT 1/20
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 na pojištění **zaplacením** pojistného v době platnosti nabídky a v předepsané výši na účet pojistitele.
Podmínkou pro čerpání zdravotní péče je předložení **platného** průkazu pojištěného.

Pojištění splňuje požadavky zákona č.326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

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.

Číslo smlouvy:

Policy number

5220191812

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

Němec & partners a.s., Modřínová 600/1, 674 01 Třebíč, IČ: 25539256

Pojistník:

Policyholder

Jméno a příjmení:

Name and surname

Rony Sarasan

Datum narození:

Date of birth

21.01.1999

Identifikace:

Identification

Číslo pasu: U2368883

Pohlaví:

Sex

Muž

Korespondenční adresa:

Correspondence address

17Listopadu 584, Liberec, 46015, Česká Republika

Telefon:

Phone

91-8089989712

E-mail:

ronycruisel@gmail.com

Pojištěný:

Insured person

Pojištěný je shodný s pojistníkem.

POJIŠTĚNÍ:

Insurance

ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ V ČR:
Medical Insurance in Czech Republic

TYP: Standard

LIMIT POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Limit of Insurance coverage

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

10 000 000 Kč

Ošetření zubů: Dental treatment

10 000 000 Kč

Ambulantně předepsané léky: Prescribed out-patient medicines

10 000 000 Kč

Nadstandard: Superior standard

3 600 Kč

Nepovinné očkování: Optional vaccination

NESJEDNÁNO

POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH V SCHENGENU: Insurance for medical expenses in the Schengen area

LIMIT POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Limit of Insurance coverage

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

2 000 000 Kč

Z toho neodkladné ošetření zubů: Urgent dental treatment

10 000 Kč

POJIŠTĚNÍ DENNÍHO ODŠKODNÉHO PŘI HOSPITALIZACI NÁSLEDKEM ÚRAZU: Daily allowance insurance during hospitalisation as a consequence of an accident

NESJEDNÁNO

POJIŠTĚNÍ OBČANSKÉ ODPOVĚDNOSTI: Civil liability insurance

NESJEDNÁNO

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ: Accident insurance

NESJEDNÁNO

Pojistná doba:

Period of insurance

počátek

inception

16.09.2024

konec

expiration

15.09.2025

Celkové jednorázové pojistné:

Total lump-sum premium

18 540 Kč

slovy

in words

osmnácttisícpětsetčtyřicet korun českých

Pojistné k úhradě:

Premium to be paid

18 540 Kč

slovy

in words

osmnácttisícpětsetčtyřicet korun českých

Pojistné je splatné dnem uzavření pojistné smlouvy.

Premium is due for payment by conclusion of the 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 seznámím 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.

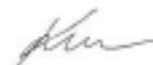
Pojistník souhlasí s tím, že v případě zániku pojištění před uplynutím pojistné doby, pojistitel oznámí tuto skutečnost útvaru pověřenému azylovou a migrační politikou.

Prohlášení pojistitele:

Bez písemného oznámení pojistné události pojistiteli nelze realizovat pojistné plnění.

Uzavření pojistné smlouvy: Conclusion of insurance policy

05.08.2024



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

Nad rámec pojistného plnění poskytne pojistitel úhradu nákladů pojištěného vynaložených za dále vyjmenované nadstandardní zdravotní služby (dále je „Nadstandard“), a to do výše limitu pro Nadstandard, který je uveden v pojistné smlouvě:

- očkování (očkovací látka včetně její aplikace), které není hrazeno standardně z tohoto pojištění (např. proti klíšťové encefalitidě),
- volně prodejné léky a zdravotnické prostředky zakoupené v lékárnách (bez receptu) a prodejních zdravotnických potřeb,
- plastové fixace (odlehčená sádra),
- hormonální antikoncepce,
- sluchadla, brýle a kontaktní čočky,
- chodítka a vozíky pro invalidy (i s elektrickým pohonem),
- úhrada nákladů za dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení z důvodu ošetření nebo hospitalizace; podmínkou úhrady nákladů je, kromě předložení dokladu o vlastních nákladech na dopravu, i předložení lékařské zprávy potvrzující vznik pojistné události; toto plnění je omezeno na 500 Kč za jednu událost,
- preventivní prohlídky, vyšetření a konzultace ke zjištění konkrétního onemocnění (např. laboratorní vyšetření krve, prostaty; vyšetření na zhoubný melanom kůže) včetně vystavení výpisu ze zdravotní dokumentace a další prohlídky nehrzené z veřejného zdravotního pojištění (k potvrzení řidičského průkazu, pro sportovní aktivity apod.),
- dentální hygiena a nadstandardní stomatologický materiál (bílé plomby, apod.),
- nadstandardní pokoj nebo strava v nemocnici v rámci hospitalizace pojištěného.

Above and beyond the insurance benefit, the insurer shall provide payment of insurance costs incurred for the superior standard health services specified below (hereinafter referred to as “SUPERIOR STANDARD”) up to the limit for SUPERIOR STANDARD which is indicated in the insurance contract:

- vaccination (vaccine and its application) not covered as standard under this insurance (e.g. against tick-borne encephalitis),
- medicines purchased over the counter and healthcare aids purchased at pharmacists (without prescription) and healthcare aid outlets,
- plastic fixation (lightweight plaster),
- hormonal contraception,
- hearing aids, glasses and contact lenses,
- walking frames and wheelchairs for invalids (including those with electric propulsion),
- compensation of costs for the transportation of the insured person to a healthcare establishment due to treatment or hospitalization; besides submission of proof of the actual transportation costs, the compensation of the costs is also conditional on the submission of a medical report confirming the occurrence of an insured event; this benefit is restricted to 500 CZK per event,
- preventive check-ups, examinations and consultations to identify a particular medical condition (for example, laboratory blood tests, prostate examinations; skin melanoma examinations), including issuing extracts from the medical record and other examinations not covered by public health insurance (for driving licence confirmation, sports activities, etc.),
- dental hygiene and superior standard dental material (white fillings, etc.),
- a superior standard hospital room or diet during the hospitalisation of the insured person.

ASISTENČNÍ SLUŽBA

tel: **+420 296 841 333**

e-mail: pvzp-asistence@eurocross.cz



333

kód pojišťovny

Pokyny pojistitele: Před poskytnutím nebo čerpáním zdravotní péče **KONTAKTUJTE VŽDY POSKYTOVATELE ASISTENČNÍCH SLUŽEB** pojistitele. Více informací najdete na adrese: <http://www.pvzp.cz>

BEFORE PROVIDING MEDICAL CARE ALWAYS CONTACT ASSISTANCE SERVICE. More information about Insurance for Medical Facilities: <http://www.pvzp.cz>

Pojištěniličebných
výloh v Schengenu: **SJEDNÁNO**
Typ zdravotního
pojištění v ČR: **Standard**

KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ EXCLUSIVE

Foreigners' comprehensive medical insurance EXCLUSIVE- card

PRŮKAZ POJIŠTĚNĚHO

vydaný pojistitelem pro potřeby pojištěného jako potvrzení o sjednání pojištění, které splňuje požadavky zákona č.326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Pojištěný č.:

5220191812

Pojistná smlouva č.:

5220191812

Jméno a příjmení:
Name and surname

Rony Sarasan

Datum narození:
Date of birth

21.1.1999

Pohlaví:
Sex

Muž

Identifikace:
Identification

Číslo pasu: U2368883

Pojistná doba:
Period of insurance

- počátek
inception 16.09.2024

- konec
expiration 15.09.2025



Datum, podpis pojistitele

regulated by Pojišťovna VZP, a.s. insurance terms and conditions: KZPCE 1/23, SPORT 1/20

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.

After accepting the offer you will receive the **insurance contract** and **insurance policy**.

The drawing of medical care is conditional on the presentation of a valid insurance ID card.

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.

Insurance number:	<input type="text" value="5220191812"/>		
Insurer:	Pojišťovna VZP, a.s., Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, Czech Republic, Organization Identification No. (IČ): 27116913, registered in the Commercial Register held by Prague Municipal Court, Section B, File 9100, phone: 233 006 311, info@pvzp.cz		
Insurer representative:	<input type="text" value="Němec & partners a.s., Modřínová 600/1, 674 01 Třebíč, IČ: 25539256"/>		
Policyholder:			
Name and surname:	<input type="text" value="Rony Sarasan"/>		
Date of birth:	<input type="text" value="21.01.1999"/>	Identification:	<input type="text" value="Passport number: U2368883"/> Sex: <input type="text" value="Men"/>
Correspondence address:	<input type="text" value="17Listopadu 584, Liberec, 46015, Česká Republika"/>		
Phone:	<input type="text" value="91-8089989712"/>	E-mail:	<input type="text" value="ronycruisel@gmail.com"/>
Insured person	<input type="text" value="The insured person is the same as the policyholder."/>		

INSURANCE:

MEDICAL INSURANCE IN CZECH REPUBLIC:	TYPE: Standard	LIMIT OF INSURANCE COVERAGE
Healthcare services including repatriation and transportation		10 000 000 CZK
Dental treatment:		10 000 000 CZK
Prescribed out-patient medicines:		10 000 000 CZK
Superior standard		3 600 CZK
Optional vaccination		NOT ARRANGED
INSURANCE FOR MEDICAL EXPENSES IN THE SCHENGEN AREA:		LIMIT OF INSURANCE COVERAGE
Healthcare services including repatriation and transportation		2 000 000 CZK
Urgent dental treatment		10 000 CZK
DAILY ALLOWANCE INSURANCE DURING HOSPITALISATION AS A CONSEQUENCE OF AN ACCIDENT:		NOT ARRANGED
CIVIL LIABILITY INSURANCE:		NOT ARRANGED
ACCIDENT INSURANCE:		NOT ARRANGED

Period of insurance: inception expiration

Total lump-sum premium:	<input type="text" value="18 540 Kč"/>	in words	<input type="text" value="osmnáctisícpětsetčtyřicet korun českých"/>
Premium to be paid:	<input type="text" value="18 540 Kč"/>	in words	<input type="text" value="osmnáctisícpětsetčtyřicet korun českých"/>

Premium is due for payment by conclusion of the 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:

05.08.2024



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

Above and beyond the insurance benefit, the insurer shall provide payment of insurance costs incurred for the superior standard health services specified below (hereinafter referred to as „SUPERIOR STANDARD“) up to the limit for SUPERIOR STANDARD which is indicated in the insurance contract:

- a) vaccination (vaccine and its application) not covered as standard under this insurance (e.g. against tick-borne encephalitis),
- b) medicines purchased over the counter and healthcare aids purchased at pharmacists (without prescription) and healthcare aid outlets,
- c) plastic fixation (lightweight plaster),
- d) hormonal contraception,
- e) hearing aids, glasses and contact lenses,
- f) walking frames and wheelchairs for invalids (including those with electric propulsion),
- g) compensation of costs for the transportation of the insured person to a healthcare establishment due to treatment or hospitalization; besides submission of proof of the actual transportation costs, the compensation of the costs is also conditional on the submission of a medical report confirming the occurrence of an insured event; this benefit is restricted to 500 CZK per event,
- h) preventive check-ups, examinations and consultations to identify a particular medical condition (for example, laboratory blood tests, prostate examinations; skin melanoma examinations), including issuing extracts from the medical record and other examinations not covered by public health insurance (for driving licence confirmation, sports activities, etc.),
- i) dental hygiene and superior standard dental material (white fillings, etc.),
- j) a superior standard hospital room or diet during the hospitalisation of the insured person.

регулируется в соответствии с Условиями страхования компании Pojišťovna VZP, a.s.: KZPCE 1/23, SPORT 1/20

Определение страховой опасности, страхового события и выгодоприобретателя в отношении оговоренных видов страхования указано в Условиях страхования.

Договор страхования заключается принятием предложения на страхование путем внесения на счет Страховщика страхового взноса в установленном размере в течение срока действия предложения на страхование.

После принятия предложения на страхование Вы получите **договор страхования и страховой полис**.

Условием получения медицинской помощи является предъявление действующей карты застрахованного лица.

Страхование соответствует требованиям Закона № 326/1999 Св. «О порядке пребывания иностранцев на территории Чешской Республики», в редакции последующих нормативных актов.

Номер договора:	5220191812		
Страховщик:	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		
Представитель Страховщика:	Němec & partners a.s., Modřínová 600/1, 674 01 Třebíč, IČ: 25539256		
Страхователь:			
Имя, фамилия:	Rony Sarasan		
Дата рождения:	21.01.1999	Идентификация: Номер паспорта: U2368883	Пол: Мужчина
Адрес для переписки:	17Listopadu 584, Liberec, 46015, Česká Republika		
Телефон:	91-8089989712	E-mail: ronycruisel@gmail.com	
Застрахованный	Да, совпадает со страхователем.		

СТРАХОВАНИЕ:

ВИД МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЧЕШСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ:	ВИД: Standard	ЛИМИТ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
Оказание медицинской помощи, включая репатриацию и перевозку:		10 000 000 Kč
Стоматологическое лечение:		10 000 000 Kč
Амбулаторно назначенные лекарства:		10 000 000 Kč
Nadstandard:		3 600 Kč
Необязательные прививки		НЕ ЗАКЛЮЧЕНО
СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ В ШЕНГЕНСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ:		ЛИМИТ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ
Оказание медицинской помощи, вкл. репатриацию и перевозку останков:		2 000 000 Kč
Неотложная стоматологическая помощь		10 000 Kč
СТРАХОВАНИЕ СУТОЧНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:		НЕ ЗАКЛЮЧЕНО
СТРАХОВАНИЕ ГРАЖДАНСКОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ:		НЕ ЗАКЛЮЧЕНО
СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ:		НЕ ЗАКЛЮЧЕНО

Срок действия договора страхования: дата начала: 16.09.2024 дата окончания: 15.09.2025

Одноразовый страховой взнос:	18 540 Kč	Прописью: osmnácttisícpětsetčtyřicet korun českých
Страховой взнос к уплате:	18 540 Kč	Прописью: osmnácttisícpětsetčtyřicet korun českých

Премия подлежит оплате при заключении страхового полиса.

Заявление Страхователя:

Принятием предложения на страхование подтверждаю, что как лицо, заинтересованное в страховании ознакомился перед заключением договора страхования (далее - „Договор“) с информацией Страховщика. Далее подтверждаю, что перед заключением договора страхования я подробно ознакомился с его содержанием, в том числе с Условиями страхования и всеми другими его неотъемлемыми частями, и что все они мне понятны. Соглашаюсь с содержанием договора, правдивость и полноту, приведенных мною сведений подтверждаю. Если страхователь и застрахованный не являются одним и тем же лицом, заявляю, что я подробно ознакомил застрахованного с содержанием договора и всех его составных частей; что застрахованный все понял в тексте договора и выразил с ним свое согласие; что о всех возможных изменениях в договоре буду застрахованного информировать и, что на момент заключения договора с застрахованным не произошло какое-либо событие, которое могло бы стать причиной возникновения страхового случая. Я также заявляю, что в случае, если это будет необходимо для определения размера страхового риска, размера страхового взноса или для проведения проверки страхового случая, застрахованный согласен с предоставлением сведений о состоянии своего здоровья и уполномочивает все запрошенные организации, предоставляющие медицинские услуги и медицинские страховые компании сообщить данную информацию Страховщику или уполномоченным им лицам, в том числе и после его смерти.

Настоящим заявляю, что имею страховой интерес к здоровью и жизни застрахованных лиц и правомочен выдать от имени Застрахованного вышеуказанные согласия на основании предварительного согласия Застрахованного или его законного представителя/опекуна.

Заявляю, что документы (преддоговорная информация, информация об обработке личных данных, условия страхования) были мной получены в письменной форме или с моего согласия в другой текстовой форме/цифровой форме (на постоянном носителе данных) заблаговременно до заключения договора страхования.

Далее заявляю, что согласен также с электронной формой передачи информации по указанным мною электронным контактным данным.

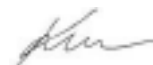
В случае сокращения срока страхования Страхователь согласен, чтобы Страховщик мог информировать об этом орган, уполномоченный по правам убежища и миграционной политики.

Заявление Страховщика:

Без письменного уведомления Страховщика о наступлении страхового страховые выплаты не производятся.

Заключение договора страхования:

05.08.2024



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

Сверх объема страхового возмещения страховщик оплачивает расходы, понесенные застрахованным на тенижеперечисленные премиальные медицинские услуги (далее – «NADSTANDARD») в пределах лимита для NADSTANDARD, указанного в договоре страхования:

- прививки (прививочный материал, вкл. его аппликацию), стандартно не покрываемые настоящим страхованием (например, прививка против клещевого энцефалита),
- находящиеся в свободной продаже лекарства и изделия медицинской техники, приобретенные в аптеках (без рецепта) и магазинах медтехники,
- пластиковые фиксаторы (облегченный гипс),
- гормональная контрацепция,
- слуховые аппараты, очки и контактные линзы,
- ходунки и инвалидные коляски (в т. ч. с электроприводом),
- оплата расходов на транспортировку застрахованного в медицинское учреждение для оказания первичной медицинской помощи или госпитализации; оплата расходов производится при условии представления, помимо документа, подтверждающего собственные расходы на транспортировку, справки от врача, подтверждающей возникновение страхового случая; указанное возмещение ограничено суммой в 500 Kč за один случай,
- профилактические медицинские осмотры, обследования и консультации, проводимые в целях выявления конкретного заболевания (например, лабораторный анализ крови, простаты; диагностика злокачественной меланомы кожи), включая оформление выписки из медицинской документации и другие медицинские осмотры, не покрываемые за счет общественного медицинского страхования (для подтверждения водительского удостоверения, для занятий спортом и т.д.),
- зубная гигиена и стоматологический материал премиум-класса (белые пломбы и т.д.),
- больничная палата или питание премиум-класса в больнице в рамках госпитализации застрахованного лица.

Jméno:
First name: Rony

Příjmení:
Surname: Sarasan

Datum narození:
Date of birth: 21.1.1999

Číslo pojistné smlouvy:
Insurance Policy No: 5 2 2 0 1 9 1 8 1 2

Titul:
Academic title:

Identifikace:
Identification: U2368883
(rodné číslo / průkaz totožnosti / číslo pasu)
(personal No. / ID card / passport number)

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou 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 and that I have not concealed any facts in relation to the insurance requested.

Bez vyplnění tohoto dotazníku pojištěným nelze pojištění sjednat!

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

The insurance cannot be arranged without completing this questionnaire!

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

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 of 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 been 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 damage 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

Prohlášení pojištěného

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou 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.

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.

Datum:
Date

05.08.2024