



Návrh pojistné smlouvy pro komplexní zdravotní pojištění cizinců - Premium

Insurance Contract Proposal for Comprehensive Health Insurance for Foreigners - Premium

Sjednáno elektronicky Agreed electronically

Číslo pojistné smlouvy:
Insurance contract number:

Pojistitelem se rozumí INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., se sídlem Boulevard du Régent 7, 1000, Brusel, Belgie, zapsaný v obchodním registru vedeném Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles pod registračním číslem 0415591055, jednající prostřednictvím INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složky, se sídlem Hvězdova 1689/2a, 140 00 Praha 4, IČO: 28225619, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod spisovou značkou A 59647.

The insurer means the INTER PARTNER ASSISTANCE, S.A., with registered office at Boulevard du Régent 7, 1000, Brussels, Belgium, registered with the Commercial Register administered by the Greffe de Tribunal de commerce de Bruxelles under the registration number 0415591055, acting through INTER PARTNER ASSISTANCE, branch office, with registered office at Hvězdova 1689/2a, 140 00, Prague 4, Identification No. (IČO): 28225619, registered with the Commercial Register administered by the Municipal Court in Prague under the file number A 59647.

Pojistník Policyholder

Příjmení, jméno/společnost Surname, name/company	<input type="text"/>		
Datum narození/IČO Date of birth/Reg. No.	<input type="text"/>	Muž Man <input type="checkbox"/>	Žena Woman <input type="checkbox"/>
Ulice, číslo domu Street, number of house	<input type="text"/>		
PSČ Postcode	Obec Municipality	Stát State	<input type="text"/>
Telefon Telephone	Občanství Citizenship	<input type="text"/>	
Korespondenční adresa Correspondence address	Ulice, číslo domu Street, number of house	<input type="text"/>	
PSČ Postcode	Obec Municipality	Stát State	<input type="text"/>

Pojištěný Insured

Pojistitel upozorňuje pojistníka, že pojištění není vhodné sjednávat pro: (i) dítě, které se narodilo na území ČR, (ii) v době narození měla matka povolený na území ČR dlouhodobý pobyt, nebo jeho zákonný zástupce měl na území ČR povolený trvalý pobyt, a (iii) za dítě byla podaná žádost o dlouhodobý pobyt, nebo o trvalý pobyt ve lhůtě 60 dnů od jeho narození. Toto pojištění není vhodné sjednávat také v případě, že by pojištěným měla být nezletilá osoba, které bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky. Důvodem nevhodnosti sjednání takového pojištění je, že výše uvedené osoby jsou součástí veřejného zdravotního systému.

The insurer informs the policyholder that insurance is not suitable for: (i) a child who was born in the Czech Republic, (ii) at the time of birth, the mother had long-term residence in the Czech Republic or the legal representative had permanent residence in the Czech Republic, and (iii) an application for long-term residence or permanent residence was filed for the child within 60 days of the child's birth. It is also not advisable to take out this insurance if the insured should be a minor who has been issued a long-term residence permit in the Czech Republic. The reason for the inappropriateness of arranging such insurance is that the above-mentioned persons are part of the public health system.

Příjmení, jméno Surname, name	<input type="text"/>		
Datum narození Date of birth	<input type="text"/>	Muž Man <input type="checkbox"/>	Žena Woman <input type="checkbox"/>
Místo narození Place of birth	<input type="text"/>		
Rodné číslo nebo jiné identifikační číslo Identification number of the insured	<input type="text"/>		
Číslo cestovního dokladu Passport number	Platnost od Valid from	do to	<input type="text"/>
Místo hlášeného pobytu / Place of reported residence	<input type="text"/>		
Ulice, číslo domu Street, number of house	<input type="text"/>		
PSČ Postcode	Obec Municipality	Stát State	<input type="text"/>
Telefon Telephone	Občanství Citizenship	<input type="text"/>	
Korespondenční adresa Correspondence address	Ulice, číslo domu Street, number of house	<input type="text"/>	
PSČ Postcode	Obec Municipality	Stát State	<input type="text"/>

Pojištění Insurance

Počátek pojištění
Beginning of insurance

Konec pojištění
End of insurance

Pojištění komplexní zdravotní péče se vztahuje na turistický, studijní i pracovní pobyt na území ČR.
This insurance comprehensive health covers tourist, work and study stay in the Czech Republic.

Pojištění pro Schengenský prostor a tranzitní země se vztahuje na turistický pobyt, jejichž délka nepřesahuje 90 dní.
This insurance for the Schengen Area or in the territory of a transit country covers only tourist stays of up to 90 days.

Přehled limitů pojistného plnění / Overview limits of sums insured

Pojištění komplexní zdravotní péče na území ČR / Comprehensive health insurance in the Czech Republic

Horní hranice celkového limitu pojistného plnění / Upper limit of total limit of insurance benefit	25 000 000 CZK / 1 000 000 EUR
– Repatriace a transporty / Repatriation and transport	skutečné náklady do celkového limitu actual costs up to the total limit
– Nutné a neodkladné ošetření zubů / Necessary and urgent dental treatment	20 000 CZK / 800 EUR
– Asistenční služba / Assistance	Ano / Yes
– Příspěvek na zdravotní nadstandard: dentální hygiena, vitamíny, zdravotní pomůcky, nepovinné očkování / Medical non-standard contribution: dental hygiene, vitamins, medical aids, vaccination	2 500 CZK / 100 EUR / rok 2 500 CZK / 100 EUR / year

Pojištění odpovědnosti / Liability insurance

– Na zdraví / Health	2 500 000 CZK / 100 000 EUR
– Na majetku / Property	1 250 000 CZK / 50 000 EUR
– Spoluúčast pojištěného / Insured's Party deductible	2 500 CZK / 100 EUR

Pojištění zavazadel / Luggage insurance

– Celkový limit / Total limit	12 500 CZK / 500 EUR
– Limit na jednu věc / limit per 1 item	6 000 CZK / 250 EUR
– Ztráta osobních dokladů / Loss of personal documents	2 500 CZK / 100 EUR
– Elektronika, sportovní vybavení / Electronics, sports equipment	6 000 CZK / 250 EUR

Úrazové pojištění / Personal accident insurance

– Smrt úrazem / Accidental death	120 000 CZK / 5 000 EUR
– Trvalé následky úrazu / Permanent Disability due to accident	250 000 CZK / 10 000 EUR

Pojištění Telemedicína / Telemedicine

Ano / Yes

Pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče na území Schengenského prostoru a tranzitních zemí

Insurance for necessary and urgent health care in the territory of the Schengen area and transit countries

Horní hranice celkového limitu pojistného plnění / Upper limit of total limit of insurance benefit	1 600 000 CZK / 60 000 EUR
– Repatriace a transporty / Repatriation and transport	skutečné náklady do celkového limitu actual costs up to the total limit
– Nutné a neodkladné ošetření zubů / Necessary and urgent dental treatment	5 000 CZK / 200 EUR

Pojistné Insurance premium

Pojistné na 1 měsíc
Insurance premium per month

Počet měsíců
Number of months

Celkové pojištění
Total insurance premium

Pojištění se sjednává na dobu určitou. Pojištění je pojistným jednorázovým. Podmínkou uzavření pojistné smlouvy je zaplacení pojistného ve lhůtě do 14 kalendářních dní ode dne uvedeného na tomto návrhu pojistné smlouvy, jinak návrh zaniká a k uzavření pojistné smlouvy nedojde. Pojistná smlouva je uzavřena okamžikem zaplacením pojistného. Zaplacením pojistného se rozumí připsání pojistného ve výši a lhůtě uvedené v tomto návrhu na účet pojistitele nebo obchodního zástupce, nebo předáním hotovosti našemu obchodnímu zástupci (je-li obchodní zástupce oprávněn inkasovat pojistné). Zvolil-li pojištěník úhradu pojistného převodem z bankovního účtu, obdrží platební pokyny na email uvedený výše.

The insurance is arranged for a definite period. The premium is a single premium. The condition for concluding the insurance contract is the payment of the premium within 14 calendar days from the date specified in this draft insurance contract, otherwise the proposal shall lapse and the insurance contract shall not be concluded. The insurance contract is concluded at the time of payment of the premium. Payment of the premium means the crediting of the premium in the amount stated in this proposal to the account of the insurer or agent or the handing over of cash to our agent. The insurance does not cover period before concluding the insurance contract. If the policyholder has opted for payment of the premium by bank transfer, he/she will receive payment instructions by email as indicated above.

Způsob určení oprávněné osoby je uveden v Pojistných podmínkách komplexního zdravotního pojištění cizinců v Pojistných podmínkách komplexního zdravotního pojištění cizinců – Premium (PP ZPCK-PREMIUM) ze dne 1. dubna 2024.

The method of determining the authorised person is specified in the Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Comprehensive Health Insurance in the Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Comprehensive Health Insurance PREMIUM (ITC FCHI - PREMIUM) dated 1, April 2024.

Zdravotní dotazník pro pojištěného Health questionnaire for the Insured

Léčil/a jste se a/nebo se v současné době léčíte a/nebo bylo u vás zjištěno některé z následujících onemocnění, úrazů či stavů, kterými jsou tuberkulóza, AIDS, HIV, onemocnění slinivky břišní, zánět žlučníku, žlučnickové kameny, asthma bronchiole, chronická obstrukční plicní choroba, rozedma plic, infarkt myokardu, angina pectoris, žloutenka, jaterní cirhóza, nedostatečnost jater, epilepsie, roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda, Menierova choroba, ischemická choroba dolních končetin, trombóza – tromboflebitida žil dolních končetin, šedý zákal, zelený zákal, odchlípnutí sítnice oka, poleptání/popálení rohovky, selhání ledvin, ledvinové kameny, diabetes léčený léky a/nebo inzulinem, trvalé následky úrazu, duševní choroba, závislost na léčích, závislost na alkoholu a/nebo na jiných návykových látkách, a nádorová onemocnění vyžadující v minulosti hospitalizaci a/nebo operaci?

Have you ever been treated with and/or are being currently treated with and/or have you been diagnosed with any of the following conditions: AIDS, HIV infection/positivity, diseases involving pancreas, cholecystitis-gallbladder inflammation, gallstone(s), bronchial asthma/COPD (Chronic obstructive pulmonary disease), pulmonary emphysema, myocardial infarction, angina pectoris, coronary artery disease, jaundice, hepatitis, liver cirrhosis/fibrosis, hepatic failure, epilepsy, multiple sclerosis, cerebrovascular stroke, Meniers disease, peripheral arterial disease/ Claudication, deep venous thrombosis/thrombophlebitis, cataract, glaucoma, retinal detachment, thermal/chemical burn of the eye/keratitis, kidney failure, w stones/uroolithiasis, diabetes with insulin and/or with oral medication, persistent injury/posttraumatic effects, psychiatric disorders, medicine/drugs/alcohol abuse, oncological diseases/neoplasm?

ANO
YES

NE
NO

Pokud jste odpověděl ano, prosím specifikujte podrobnosti / Should you answer Yes, then please specify the details.

Prohlášení pojistníka Statement of the policyholder

Přijetím návrhu pojistné smlouvy pojistník potvrzuje, že:

- je mu návrh pojistné smlouvy, a jím sjednávané pojištění, srozumitelný a jasný,
 - že byl s dostatečným časovým předstihem před uzavřením pojistné smlouvy seznámen s Informacemi pro zájemce o pojištění, Pojistnými podmínkami komplexního zdravotního pojištění cizinců ze dne 1. dubna 2024 (dále jen „pojistné podmínky“), Informačním dokumentem o pojistném produktu, Informacemi o pojišťovacím zprostředkovateli a Informačním memorandem o zpracování osobních údajů,
 - mu byly výše uvedené dokumenty poskytnuty a že s jejich obsahem souhlasí,
 - údaje jím uvedené v tomto návrhu pojistné smlouvy jsou pravdivé a úplné a že sjednané pojištění odpovídá jeho požadavkům, cílům a potřebám,
 - si je vědom toho, že pojistná smlouva je uzavřena zaplacením pojistného ve výši a ve lhůtě uvedené v návrhu pojistné smlouvy,
 - některá pojištění jsou sjednávána se spoluúčastí pojištěného na pojistném plnění,
 - souhlasí s tím, že s pojistitelem bude komunikovat, doručovat dokumenty a jinak právně jednat prostřednictvím elektronické komunikace (e-mail) a také telefonicky. Za účelem komunikace s pojistitelem sděluje pojistník pojistiteli e-mailovou adresu a telefonické číslo a dále prohlašuje, že uvedená e-mailová adresa i telefonické číslo jsou v jeho výhradním používání, že tyto prostředky komunikace pravidelně užívá a chrání je před neoprávněným přístupem nebo zneužitím. V této souvislosti pojistitel upozorňuje pojistníka, že změnu e-mailové adresy nebo telefonického čísla je nutné pojistiteli vždy oznámit.
- Pokud je pojištění uzavíráno ve prospěch jiné osoby, pojistník potvrzuje, že má pojistný zájem i na životě, zdraví a ochraně majetku této osoby. Pojistník je povinen tuto osobu seznámit s podmínkami pojištění a s obsahem smlouvy a této své povinnosti si je vědom.
- Pojistník prohlašuje, že pojištění 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.
- Pojistník souhlasí s tím, že v případě zániku pojištění před uplynutím pojistné doby, pojistitel oznámí tuto skutečnost útvaru pověřenému azylovou a migrační politikou. Návrh pojistné smlouvy se řídí pojistnými podmínkami, které jsou nedílnou součástí návrhu pojistné smlouvy a dále zejména zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem v platném znění a dalšími souvisejícími právními předpisy.
- Pojistník bere na vědomí, že pojistitel zpracovává osobní údaje v souladu s platnou právní úpravou a pojistnými podmínkami. Rozsah a účel zpracování osobních údajů je uveden v Informačním memorandu o zpracování osobních údajů.
- Tento návrh pojistné smlouvy byl zprostředkovan pojišťovacím zprostředkovatelem, který je obchodním zástupcem pojistitele. Údaje o pojišťovacím zprostředkovateli jsou předmětem samostatného dokumentu, který pojistník obdržel při sjednání pojištění.

By accepting the draft insurance policy, the policyholder confirms that:

- the insurance contract proposal and the insurance it provides are clear and understandable to him,
- that he/she has been familiarised with the Pre-Contractual Information for Foreigners' Comprehensive Health Insurance, the Insurance Terms and Conditions for Foreigners' Comprehensive Health Insurance dated 1, April 2024. (hereinafter referred to as the "Insurance Conditions"), the Insurance Product Information Document, the Insurance Intermediary Information and the Information Memorandum on the processing of personal data well in advance of the conclusion of the insurance contract,
- that the above documents have been provided to him and that he agrees with their contents,
- the information provided by him in this draft insurance policy is true and complete and that the insurance agreed meets his requirements, objectives and needs,
- is aware that the insurance contract is concluded by payment of the premium in the amount and within the time limit specified in the draft insurance contract,
- some insurances are taken out with a co-payment by the insured,
- agrees to communicate with the insurer, deliver documents and otherwise deal legally by electronic communication (e-mail) and also by telephone. For the purpose of communication with the insurer, the policyholder provides the insurer with an e-mail address and telephone number and further declares that said e-mail address and telephone number are in his/her exclusive use, that he/she regularly uses these means of communication and protects them from unauthorised access or misuse. In this context, the insurer informs the policyholder that any change of e-mail address or telephone number must always be notified to the insurer.

If the insurance is taken out for the benefit of another person, the policyholder confirms that he/she also has an insurable interest in the life, health and protection of the property of that person. The policyholder is obliged to inform this person of the terms and conditions of the insurance and the contents of the contract and is aware of this obligation.

The policyholder declares that the insured agrees, in the case of determining the amount of the insurance risk, the amount of the insurance premium, or investigation of the claim event, with the provision of data on his state of health and authorizes all questioned health service providers and health insurance companies to disclose this information, even after his/her death, to the insurer or persons authorized by the insurer.

The policyholder agrees that in the event of termination of the insurance before the end of the insurance period, the insurer will notify the department in charge of asylum and migration policy of this fact. The draft insurance contract shall be governed by the insurance terms and conditions, which are an integral part of the draft insurance contract, as well as, in particular, by Act No. 89/2012 Coll., the Civil Code as amended, and other related legislation.

The policyholder acknowledges that the insurer processes personal data in accordance with the applicable legislation and the insurance conditions. The scope and purpose of the processing of personal data is set out in the Information Memorandum on the processing of personal data.

This draft insurance policy has been distributed by an insurance intermediary who is a sales representative of the insurer. The details of the insurance intermediary are the subject of a separate document which the policyholder received when arranging the insurance.

Závazné kontaktní údaje pojistníka / Mandatory contact details of the policyholder

e-mail

Telefon / Telephone number

+

Prohlášení pojistitele Insurer's statement

Toto pojištění splňuje podmínky stanovené zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky pro zdravotní pojištění cizinců.
This insurance complies with the conditions set forth by Act No. 326/1999 Coll., On Stay of Foreigners on the Territory of the Czech Republic for health insurance of foreigners.

Platnost tohoto pojištění je možné ověřit na: <https://www.axa-assistance.cz/ipus>
The validity of this insurance can be verified at: <https://www.axa-assistance.cz/ipus>

Pojistná smlouva byla uzavřena The insurance contract is concluded

Dne V hod.
On At a.m./p.m.

Číslo zástupce pojistitele
Number of the insurer's representative

Číslo sjednatele
Negotiator's number



Podpis příp. razítko zprostředkovatele
Signature or stamp of the distributor

Podpis příp. razítko pojistitele
Signature or stamp of the insurer

SPECIMEN