

# Žádost o sjednání Základního zdravotního pojištění cizinců

## Application for Foreigners' Basic Medical Insurance

### 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: / Instead of the end of insurance, the length of the insurance period may be given here:      dnů / days :      měsíců / months :

### URČENÍ POJISTNÍKA / POLICYHOLDER (toho, kdo s pojistitelem uzavírá pojistnou smlouvu / the person taking out the insurance policy with the insurer)

Právnícká osoba / Legal person:       Zahraniční osoba / Foreign person:

Jméno / First name: \_\_\_\_\_ Příjmení / Surname: \_\_\_\_\_      Titul (před jménem, za jménem): \_\_\_\_\_ Datum narození (den, měsíc, rok): \_\_\_\_\_ Pohlaví/Sex: \_\_\_\_\_  
Academic titles (before and after name)      Date of birth (DD, MM, YYYY)      Žena-Z / Female-F   
Muž-M / Male-M

Průkaz totožnosti: číslo (je-li pojistník totožný s pojištěným) / Identity card number (if the policyholder is the same as the insured person)      E-mail: \_\_\_\_\_      Telefon / Telephone: \_\_\_\_\_

Právnícká osoba / Legal person: \_\_\_\_\_      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-li odlišná od pojistníka / if different from policyholder)

Jméno / First name: \_\_\_\_\_ Příjmení / Surname: \_\_\_\_\_      Titul (před jménem, za jménem): \_\_\_\_\_ Datum narození (den, měsíc, rok): \_\_\_\_\_ Pohlaví/Sex: \_\_\_\_\_  
Academic titles (before and after name)      Date of birth (DD, MM, YYYY)      Žena-Z / Female-F   
Muž-M / Male-M

Průkaz totožnosti: číslo / Identity card number      E-mail: \_\_\_\_\_      Telefon / Telephone: \_\_\_\_\_

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 POJIŠTĚNÉ OSOBY: (je-li určen)

LEGAL REPRESENTATIVE OF THE INSURED PERSON: (if applicable)       Je totožný s pojistitelem / Identical with the insurer

Jméno / First name: \_\_\_\_\_ Příjmení / Surname: \_\_\_\_\_      Titul (před jménem, za jménem): \_\_\_\_\_  
Academic titles (before and after name)

Průkaz totožnosti: číslo / Identity card number      E-mail: \_\_\_\_\_      Telefon / Telephone: \_\_\_\_\_

Korespondenční adresa / Correspondence address: \_\_\_\_\_

Ulice a orientační číslo / Street and house number: \_\_\_\_\_

PSC / Postcode: \_\_\_\_\_ Obec (dodávací pošta) Stát / Municipality (delivering post office) State: \_\_\_\_\_

### Požaduji sjednat / I require to arrange:

Typ pojištění: / Type of Insurance  
 Standard / standard  
 Nadstandard / above standard  
 Sportovní soutěže / sports competitions  
 Nebezpečné sporty / dangerous sports

Územní platnost: / territorial validity  
 ČR + transit  
 Schengen + transit

Vyšší limit plnění: / higher limit  
 L1  
 L2

Slevu pojistného:

pro pojišťované dítě rodiče, který má k datu uzavření pojistné smlouvy sjednáno platné pojištění ZZPC (popř. ZPCN) pojistnou smlouvou č.: .....  
Discount for the children of parents who are already insured by the ZZPC (or ZPCN) - Insurance Policy No.:

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
In \_\_\_\_\_ date

Podpis žadatele  
Signature of applicant