



Tato pojistná smlouva je dokladem o komplexním zdravotním pojištění pojištěného podle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů a ve vztahu k rozsahu pojištění zahrnuje také nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou pojištěnému v případě jeho úrazu nebo náhlého onemocnění při turistickém pobytu v Schengenském prostoru mimo území ČR.



Osobní údaje pojistníka

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa v ČR:

Pohlaví:

Číslo pasu:

Telefon:

E-mail:



Osobní údaje pojištěné osoby (cizince, na jehož zdraví se pojištění vztahuje)

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa v ČR:

Pohlaví:

Číslo pasu:

Stát, který vydal pas:

Telefon:

Souhlas

- A) Pojištěný výslovně souhlasí v souladu s čl. 9 odst. 2 písm. a) nařízení GDPR se zpracováním zvláštní kategorie osobních údajů pro stanovené účely. **ANO**
- B) Pojištěný výslovně souhlasí v souladu s čl. 22 odst. 4 ve spojení s čl. 9 odst. 2 písm. a) nařízení GDPR se zpracováním zvláštní kategorie osobních údajů pro účely automatizovaného rozhodování, včetně profilování. **ANO**
- C) Pojištěný či jiná dotčená osoba výslovně souhlasí se zpracováním svých osobních údajů pro účely automatizovaného rozhodování, včetně profilování. **ANO**



Zdravotní dotazník pojištěného

- A) Jste v současné době zdrav/a? **ANO**
- B) Jste léčen/a či sledován/a v některém ze zdravotnických zařízení, bylo u Vás zjištěno závažné onemocnění (např. TBC, AIDS, HIV, vysoký krevní tlak nebo jiné nemoci krevního oběhu a srdce, onemocnění vnitřních orgánů, anémie, žloutenka, plicní onemocnění, diabetes mellitus, epilepsie, obrna, oční onemocnění, nádorové onemocnění, duševní choroba, vrozená či jiná vada, skleróza, nemoci pohybového aparátu). Máte trvalé následky úrazu, jste či jste byl/a závislý/á na alkoholu, lécích či návykových látkách, prodělal/a jste v minulosti úraz nebo onemocnění vyžadující hospitalizaci nebo operaci, provozujete profesionální sport nebo rizikové činnosti (např. horolezectví, parašutismus, aj.) či rizikové zaměstnání? **NE**
- Smluvní strany si ujednaly, že pojištěný je povinen absolvovat vstupní lékařskou prohlídku: **NE**

Typ pojištění

Student

Limity pojistného plnění

Zdravotní péče a převoz: **10 000 000 Kč** na 1 pojistnou událost - nejméně však 400 000 EUR

Stomatologická péče o pojištěného (SP): **15 000 Kč** na kterýkoli roční úsek pojistné doby

Ambulantně pojištěnému předepsané léky (AL): **10 000 Kč** na kterýkoli roční úsek pojistné doby

Pojistná doba

Vznik pojištění: 18.01.2024

Datum uzavření smlouvy: 12.01.2024

Konec pojištění: 17.10.2024

Počet měsíců: 9

Pojistné

Pojistné:

Pojistné k úhradě:

Způsob placení:

Závěrečné ujednání

- Pojistník prohlašuje, že před uzavřením této pojistné smlouvy byl seznámen s obsahem pojistných podmínek VPP KZPC 11/2023 a v případě sjednání připojištění Odpovědnosti ZPP ODP 11/2023. Tyto pojistné podmínky tvoří nedílnou součást pojistné smlouvy a upravují rozsah pojištění, jeho omezení (včetně výluk), práva a povinnosti účastníků pojištění, následky jejich porušení a další podmínky pojištění a pojištník je jimi vázán stejně jako pojistnou smlouvou.
- Pojistník prohlašuje, že převzal písemné vyhotovení příslušných pojistných podmínek a že před uzavřením této pojistné smlouvy mu byly sděleny všechny právními předpisy požadované informace.
- Pojistník výslovně prohlašuje, že převzal informace o zpracování osobních údajů a byl poučen o svých právech náležejících mu podle platných a účinných předpisů ČR a EU.
- Pojistník se zavazuje seznámit všechny dotčené osoby s obsahem této smlouvy včetně uvedených pojistných podmínek. Zároveň se zavazuje předat těmto osobám informace o zpracování osobních údajů a poučit je o jejich právech jako subjektů poskytujících své osobní údaje ve smyslu platných právních předpisů ČR a EU.
- Pojistník je oprávněný udělit za pojištěného nebo jeho zákonného zástupce svobodný, konkrétní, informovaný a jednoznačný souhlas se zpracováním zvláštní kategorie osobních údajů a nakládá s osobními údaji pojištěného nebo jeho zákonného zástupce v souladu s požadavky stanovenými právními předpisy ČR a EU. Toto oprávnění je povinen na požádání pojistitele kdykoli doložit.
- Pojistník je oprávněný udělit za pojištěného nebo jeho zákonného zástupce či jinou dotčenou osobu svobodný, konkrétní, informovaný, jednoznačný a výslovný souhlas se zpracováním jejich osobních údajů pro účely automatizovaného rozhodování a nakládá s osobními údaji těchto osob v souladu s požadavky stanovenými právními předpisy ČR a EU. Toto oprávnění je povinen na požádání pojistitele kdykoli doložit.
- Pojištěný uděluje pojistiteli souhlas s vyžadováním informací o jeho zdravotním stavu a opravňuje všechny dotazované lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a pojišťovny v ČR i v zahraničí informace o zdravotním stavu pojištěného a o jeho zdravotním pojištění sdělovat pojistiteli nebo osobám jím zmocněným, a to i po smrti pojištěného.
- Pojistník prohlašuje, že veškeré jím poskytnuté informace v této pojistné smlouvě jsou úplné a pravdivé a zavazuje se veškeré změny bez zbytečného odkladu oznámit pojistiteli.
- Odtlišně od VPP KZPC 11/2023 se ujednává, že v případě uzavření pojistné smlouvy se vznikem pojištění, který předchází dni uzavření smlouvy, pojištník čestně prohlašuje, že v době mezi datem vzniku pojištění a datem uzavření smlouvy včetně neutrpěl úraz, nebylo mu diagnostikováno žádné onemocnění, netrpěl žádnými obtížemi či příznaky onemocnění ani mu nebyla na území Schengenského prostoru poskytnuta zdravotní péče, které by mohly být předmětem pojistného plnění ve smyslu VPP KZPC 11/2023.**
- V případě, že datum vzniku pojištění předchází datu uzavření smlouvy, se odchýlně od čl. 3 odst. 5 VPP KZPC 11/2023 ujednává, že prvním dnem běhu čekacích dob je den následující po uzavření pojistné smlouvy, přičemž délka čekacích dob se nemění.

Zprostředkovatel pojištění

Název:
Identifikace:
Telefon:

Typ subjektu:
E-mail:

Pojistitel

Slavia pojišťovna a.s., Tábořská 940/31, 140 00 Praha 4, tel.: +420 255 790 111, info@slavia-pojistovna.cz, IČ 60197501, zapsané v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2591



Mgr. Karel Bezděka, MBA
Obchodní ředitel



This insurance agreement is a document for the insured person on travel health insurance according to the Act No. 326/1999 Coll., on the Residence of Foreigners in the Czech Republic, as amended, and in relation to the scope of insurance, it also includes necessary and urgent health care provided to the insured person in case of an accident or a sudden illness during a tourist stay in the Schengen area outside the Czech Republic

Policyholder's personal data

Name: _____ Date of birth: _____
Address in the CR: _____
Gender: _____ Passport No: _____
Telephone: _____ E-mail: _____

Insured Person's personal data (foreigner whose health is covered by the insurance)

Name: _____ Date of birth: _____
Address in the CR: _____
Gender: _____ Passport No: _____
Issued by: _____ Telephone: _____

Consent

- A) The Insured explicitly agrees with the processing of a specific category of personal data for specified purposes in accordance with Article 9(2)(a) of the GDPR. **YES**
- B) The Insured explicitly agrees with the processing of a specific category of personal data for automated decision-making purposes, including profiling, in accordance with Article 22(4) in conjunction with Article 9(2)(a) of the GDPR. **YES**
- C) The Insured or other person concerned expressly agrees with the processing of their personal data for automated decision-making purposes, including profiling **YES**

Health questionnaire of the Insured

- A) Are you currently healthy? **YES**
- B) Are you being treated or monitored in any health care facilities, have you been diagnosed with a serious illness (e.g., TB, AIDS, HIV, high blood pressure or other circulatory and heart diseases, internal organ diseases, anaemia, hepatitis, lung diseases, diabetes mellitus, epilepsy, polio, eye diseases, cancer, mental illness, congenital or other defect, sclerosis, musculoskeletal diseases). Do you have permanent disability from injury, are you or were you addicted to alcohol or drugs, did you have an injury or illness requiring hospitalization or surgery, are you a professional athlete or do you do hazardous activities (e.g., climbing, parachuting, etc.) or do you have a hazardous job? **NO**

The contracting parties have agreed that the insured is obliged to undergo an initial medical examination: **NO**

Type of insurance

Student

Insurance indemnity limits

Health care and transport: **CZK 10 000 000** per 1 claim – but at least EUR 400 000
Dental care for the Insured: **CZK 15 000** for any annual period of insurance period
Ambulatory prescribed medication to the Insured: **CZK 10 000** for any annual period of insurance period

Insurance period

Commencement: 18.01.2024
Date of conclusion of the contract: 12.01.2024
Termination: 17.10.2024
Number of months: 9

Premium

Premium:
Premium payable:
Payment method:

Final provisions

1. The Policyholder declares that prior to the conclusion of this Insurance Contract, they were acquainted with the contents of the VPP KZPC 11/2023 and, in the case of the conclusion of the additional liability insurance, the ZPP ODP 11/2023. These Terms and Conditions form an integral part of the Insurance Contract and govern the scope of insurance, its limitations (including exclusions), the rights and obligations of persons involved in the insurance, the consequences of their breach and other conditions of insurance, and the Policyholder is bound both by them and by the Insurance Contract.
2. The Policyholder declares that they obtained the written copy of the relevant Terms and Conditions and that all information required by law was communicated to them before the conclusion of this Insurance Contract.
3. The Policyholder expressly declares that they obtained the information on the processing of personal data and were informed of their rights under the valid and effective regulations of the Czech Republic and the EU.
4. The Policyholder undertake to inform all the persons concerned of the content of this contract, including the specified Terms and Conditions. At the same time, they undertake to provide these persons with information on the processing of personal data and to instruct them on their rights as data subjects providing their personal data in accordance with the applicable regulations of the Czech Republic and the EU.
5. The Policyholder is entitled to give free, specific, informed and unambiguous consent to the processing of a special category of personal data for the Insured or their legal guardian and handle the personal data of the Insured or their legal guardian in accordance with the requirements laid down by the Czech and EU legislation. They are obliged to document this authorization at any time at the Insurer's request.
6. The Policyholder is entitled to give free, specific, informed, unambiguous and explicit consent to the processing of personal data for the purposes of automated decision-making for the Insured or their legal guardian and handle the personal data of such persons in accordance with the requirements laid down by the Czech and EU legislation. They are obliged to document this authorization at any time at the Insurer's request.
7. The Insured gives the Insurer consent to request information about their state of health and authorizes all queried physicians, health care facilities, health insurance companies and insurance companies in the Czech Republic and abroad to inform the Insurer or persons authorized by the Insurer of their state of health and their health insurance, even after the death of the Insured.
8. The Policyholder declares that all information provided by them in this Insurance Contract is complete and true and undertakes to notify the Insurer of any changes without undue delay.
9. **By way of derogation from the VPP KZPC 11/2023, it is agreed that in the case of conclusion of the Insurance Contract with the commencement of insurance that precedes the date of concluding the Contract, policyholder honestly declares that they were not injured, no illness was diagnosed, did not suffer from any difficulties or symptoms of disease and were not provided with health care in the Schengen Area which could be subject to insurance benefits under the VPP KZPC 11/2023 between the date of the insurance commencement and the date of conclusion of the Contract inclusive.**
10. If the date of the Insurance Contract commencement precedes the date of conclusion of the Contract, it is agreed, by way of derogation from Article 3(5) of the VPP KZPC 11/2023, that the first day of the waiting times is the day following the conclusion of the Insurance Contract, while the waiting times remain unchanged.

Insurance intermediary

Name: _____ Type of subject: _____
Identification: _____ E-mail: _____
Telephone: _____

Insurer

Slavia pojišťovna a.s., Táborská 940/31, 140 00 Praha 4, phone: +420 255 790 111, info@slavia-pojistovna.cz, Company ID 60197501, registered in the Commercial Register kept by the Municipal Court in Prague, Section B, Insert 2591



Karel Bezděka

Mgr. Karel Bezděka, MBA
Obchodní ředitel



Slavia pojišťovna a.s.

Táborská 31, 140 00 Prague 4 | Hotline: +420 255 790 111

E-mail: info@slavia-pojistovna.cz | www.slavia-pojistovna.cz | Company ID: 60197501

Registered in the Commercial Register kept by the Municipal Court in Prague, Section B, Insert 2591

...modern approach to traditional values