



WELCOME Zdravotní pojištění cizinců

Pojistná smlouva / pojistka č.

Health insurance / Медицинское страхование / Bảo hiểm y tế dành cho người nước ngoài

Zprostředkovatel

Jméno, číslo
Obchodní firma
Sídlo
Kontakt

Pojistitel

SV pojišťovna, a.s., Vyskočilova 1481/4 140 00, Praha 4 - Michle, IČO 618 58 714, zapsaná u Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 2740

Pojistník

Pohlaví
Jméno a příjmení
Adresa bydliště v ČR
Datum narození
Místo narození
Číslo OP nebo pasu
Rodné číslo
Státní příslušnost
Telefon
Email

Pojistník je zároveň pojištěnou osobou.

Informativní přehled rozsahu pojištění

Tarif KOMPLEX

Věková kategorie
Délka pojištění

(Úplný rozsah pojištění včetně výluk je definován v příslušných pojistných podmínkách.)

Celkový limit na pojistnou událost	400.000 €
Lékařský převoz	400.000 €
Repatriace tělesných ostatků	80.000 €
Zubní ošetření - úraz	6.000 Kč
Ostatní stomatologie	6.000 Kč
Ambulantně předepsané léky	ano
Ošetření onemocnění léčitelných volně prodejnými léky	ano
Těhotenství, komplikace v těhotenství, porod	ano; čekací doby dle VPP
Péče o novorozence	ne
Asistenční služby	ano
Preventivní péče, očkování	ano; do limitu dle VPP
Dispenzární péče	ano

Počátek a konec pojištění

Počátek pojištění
Konec pojištění
Pojistná smlouva vzniká zaplacením pojistného v předepsané výši.

Platební údaje a pojistné

Způsob platby
Celkové pojistné

Pojistná ochrana není poskytována před zaplacením pojistného.

Oprávněnou osobou pro pojistné plnění je pojištěná osoba, není-li smlouvou, dodatkem či v pojistných podmínkách určeno jinak.

Marketingové souhlasy

- Prohlašuji, že jsem obdržel Informace o ochraně osobních údajů klienta, které jsou nedílnou součástí níže uvedených souhlasů.
- Uděluji společnosti SV pojišťovna, a.s., IČO: 618 58 714, souhlas s použitím automatizovaného zpracování osobních údajů, včetně profilování, pro účely přímého marketingu a telemarketingu (tj. SV pojišťovna, a.s. nabízí další své pojistné produkty) v rozsahu jméno, příjmení, e-mail, telefon, sjednaný pojistný produkt, město, rok narození - tak, aby mi byl nabízen pouze relevantní pojistný produkt (odmítnutí udělení tohoto souhlasu nemá žádný vliv na možnost uzavření pojistné smlouvy se společností SV pojišťovna, a.s.)
- Uděluji společnosti SV pojišťovna, a.s., IČO: 618 58 714, souhlas se zpracováním osobních údajů, včetně automatizovaného zpracování osobních údajů a profilování, v rozsahu jméno, příjmení, e-mail, telefon, sjednaný pojistný produkt, město, rok narození, za účelem nepřímého marketingu a telemarketingu, přičemž produkty společností patřících do skupiny S.V.Holding AG, mohou být nabízeny buď prostřednictvím SV pojišťovny, a.s., nebo přímo těmito společnostmi (aktuální seznam takových společností naleznete na webu <https://svpojistovna.cz/o-spolecnosti/ochrana-osobnich-udaju/>). Pro tyto marketingové účely a telemarketingové účely dále uděluji samostatný souhlas k telefonickému a e-mailovému kontaktu ve smyslu § 7 zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, ve znění pozdějších změn, zákona 127/2005 Sb., o elektronických komunikacích (odmítnutí udělení tohoto souhlasu nemá žádný vliv na možnost uzavření pojistné smlouvy se společností SV pojišťovna, a.s.)

Odvolení souhlasů se zpracováním osobních údajů je kdykoli možné prostřednictvím info@svpojistovna.cz, servisního centra Tel. +420 221 585 111, webového formuláře na <https://svpojistovna.cz/o-spolecnosti/ochrana-osobnich-udaju/>, nebo na dpo@svpojistovna.cz. Kontakty výše použijte také, pokud si nepřejete dostávat od SV pojišťovny, a.s. marketingové nabídky dalších jejích produktů - tento typ marketingu nám zákonné předpisy umožňují realizovat bez Vašeho souhlasu, nicméně máte možnost tento postup zakázat.

Závěrečné prohlášení

Zdravotní pojištění cizinců Welcome platí pro ČR a výjezdy na území státu Schengenského prostoru. Pojištění dle této smlouvy splňuje podmínky zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, ve znění pozdějších předpisů. Vzájemná práva a povinnosti se řídí podle této pojistné smlouvy, Všeobecných pojistných podmínek pro zdravotní pojištění cizinců WELCOME 230901, které jsou nedílnou součástí této pojistné smlouvy, případných dalších smluvních ujednání a příslušných platných zákonných ustanovení. Tato pojistná smlouva slouží zároveň jako pojistka. Jako pojistníkovi/pojištěnému mi byly před uzavřením smlouvy poskytnuty Informace pro zájemce o sjednání pojistné smlouvy, Informační dokument o pojistném produktu odkazující na VPP WELCOME 230901 a výše uvedené Všeobecné pojistné podmínky a prohlašuji, že jsem veškeré tyto dokumenty převzal, jejich obsah mi byl vysvětlen a souhlasím s nimi bez výhrad. Prohlašuji, že jsem obdržel Informace o ochraně osobních údajů klienta.

Pokud jsem v roli pojistníka uvedl osobní údaje třetí osoby (např. pojištěný, oprávněná osoba), zavazuji se těmto osobám poskytnout Informace o ochraně osobních údajů klienta. Jako pojistník/pojištěný zplnomocňuji zaměstnance pojistitele popř. jiné zplnomocněné příslušné zástupce pojistitele a zprošťuji třetí osoby či subjekty závazku mlčenlivosti, a to vše ve smyslu a v rozsahu Zplnomocnění pojistitele a prohlášení pojistníka a pojištěného ke zproštění povinnosti mlčenlivosti uvedeném níže. Jako pojistník/pojištěný beru na vědomí, že informace o sjednaném pojištění a jeho změnách mohou být poskytnuty Policii ČR či kterémukoliv orgánu státní správy, jehož úkolem je dodržování podmínek zákona c. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, ve znění pozdějších předpisů.

Případný Záznam z jednání, předmluvní informace a informace poskytované během trvání pojištění jsou zásadně poskytovány v listinné podobě.

Zaplacením pojistného jako pojistník prohlašuji, že jsem se seznámil s ustanovením této pojistné smlouvy, a to v celém jejím rozsahu, porozuměl jsem jí a souhlasím s jejím obsahem.

Pojistné bylo zapláceno ve výši	Číslo příjmového pokladního dokladu

Identifikace ověřena dle OP/pasu	Vydán kým	Datum vydání OP/pasu	Platnost OP/pasu do
Datum			

Zplnomocnění pojistitele a prohlášení pojistníka a pojištěného ke zproštění povinnosti mlčenlivosti

V případě vzniku škodné události tímto zplnomocňuji zaměstnance pojistitele, popř. jiné zplnomocněné příslušné zástupce pojistitele pro případ, že škodná událost vznikla následkem trestného činu nebo přestupku a tyto jsou v šetření orgánů činných v trestním řízení či orgánů státní správy, k nahlížení do spisů orgánů činných v trestním řízení či orgánů státní správy, činit si z nich výpisky a pořizovat si kopie spisů. Dále s ohledem na skutečnost, že pojistitel přezkoumává za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění také údaje, které jsem poskytl/a já nebo jiné osoby nebo které vyplývají z veškerých předložených podkladů, zplnomocňuji zaměstnance pojistitele, popř. jiné zplnomocněné příslušné zástupce pojistitele k veškerým jednáním s třetími osobami či subjekty ve věci příslušné škodní události, k níž uplatňuji nárok na pojistné plnění u pojistitele a současně zprošťuji tyto třetí osoby či subjekty závazku mlčenlivosti v dané věci. Prohlašuji, že uplatněním nároku na pojistné plnění zprošťuji třetí osoby či subjekty závazku mlčenlivosti v konkrétním případě. Tato zplnomocnění a prohlášení činím i za spolupojišťované osoby, jakož i za své spolupojišťované děti, které zákonně zastupuji a které nemohou posoudit význam tohoto prohlášení. Jako pojistník se zavazuji k tomu, že budu informovat spolupojištěné osoby o uzavření pojistné smlouvy, včetně shora popsaných zplnomocnění a prohlášení.