

Informace pro klienty a pracovníky odboru azylové a migrační politiky

Níže uvádíme způsoby sjednávání pojistných smluv cestovního zdravotního pojištění:

1. Způsob sjednání pojistné smlouvy pojišťovacím zprostředkovatelem
(str. 2-5 tohoto dokumentu)

Při sjednání pojistné smlouvy prostřednictvím pojišťovacího zprostředkovatele je klientovi předána pojistná smlouva/pojistka. Pojistná smlouva vzniká zaplacením pojistného v předepsané výši, klient tedy vždy disponuje pojistnou smlouvou/pojistkou až po řádném zaplacení pojistného. Součástí smluvní dokumentace je potvrzení o platbě (kartou/v hotovosti) a kartička pojištěné osoby. Smluvní dokumentace je kompletně bezpodpisová, neobsahuje ani razítka.

2. Způsob sjednání prostřednictvím internetových stránek
(str. 6-9 tohoto dokumentu)

Při sjednání prostřednictvím internetových stránek je klientovi vyhotoven návrh pojistné smlouvy. Pojistná smlouva vzniká zaplacením pojistného v předepsané výši. Dokladem o provedené platbě je pojistka obsahující i kartičku pojištěné osoby.



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, bankovní spojení: 126971750/0300

Pojistník

Pohlaví
Jméno a příjmení
Adresa bydliště v ČR
Datum narození
Místo narození
Číslo pasu
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.)

Odvolání 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/pojištění 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.

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 popsanych zplnomocnění a prohlášení.

		Potvrzení o platbě kartou		Datum vystavení
		SV pojišťovna, a.s.		
Přijato od klienta	Jméno	Příjmení	Titul	Datum narození
Adresa: ulice a číslo		PSČ	Město	
Částka	Kč	Slovy		
Účel platby 1. pojistné ☒		K pojistné smlouvě číslo		Druh pojištění
následné pojistné ☐				WELCOME
doplatek ☐				
Platbu přijal: Jméno a příjmení poradce			Číslo poradce	

Welcome

Zdravotní pojištění cizinců

Jméno klienta

Name

Číslo pojistné smlouvy

Insurance Policy No.

Tarif

Product Type

Datum narození

Date of Birth

Platnost od

Start-up Date

Platnost do

Expiry Date

global
assistance

SV
pojišťovna

V případě nouze volejte

Emergency telephone number, Notrufnummer

GLOBAL ASSISTANCE a.s. (asistence 24 hodin denně)

tel.: +420 222 518 100

e-mail: ga@1220.cz

- Zdravotní pojištění cizinců
- Health insurance for foreigners
- Krankenversicherung für Ausländer
- медицинское страхование
- bảo hiểm y tế cho người nước ngoài

SV pojišťovna, a.s., Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4

tel. +420 221 585 111, www.svpojišťovna.cz

IČO: 61858714, DIČ: CZ61858714

080 221 001

Pojištění cizinců
Insurance for foreigners
Návrh pojistné smlouvy č.
Insurance contract proposal No.



Pojistitel / Insurer

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
SV pojišťovna, a.s., Vyskočilova 1481/4 140 00, Praha 4 - Michle, ID No. 618 58 714, registered at the Municipal Court in Prague, Section B, Insert 2740

Pojistník / Policyholder

Jméno a příjmení / *First and last name*
Bydliště v ČR / *Residence in CZ*
Datum narození / *Date of birth*
Číslo pasu / *Passport No.*
Státní příslušnost / *Nationality*
Telefon / *Phone number*
E-mail

Pojištěná osoba / Insured person

Pojistník je shodný s pojištěnou osobou / *The policyholder is identical to the insured person.*

Obsah pojištění / Contents of insurance

Tarif / <i>Tariff</i>	Komplex
Územní rozsah / <i>Territorial validity</i>	Česká republika + země Schengenu / <i>Czech republic + Schengen countries</i>
Celkový limit na pojistnou událost / <i>Total limit per claim</i>	400.000 EUR
Lékařský převoz / <i>Medical transportation</i>	400.000 EUR
Repatriace tělesných ostatků / <i>Repatriation of remains</i>	80.000 EUR
Zubní ošetření - úraz / <i>Dental treatment - injury</i>	6.000 Kč
Ostatní stomatologie / <i>Other dentistry</i>	6.000 Kč
Ambulantně předepsané léky / <i>Outpatient prescribed medications</i>	Ano
Ošetření onemocnění léčitelných volně prodejnými léky / <i>Treatment of diseases treatable with over-the-counter drugs</i>	Ano
Těhotenství, komplikace v těhotenství, porod / <i>Pregnancy, complications in pregnancy, childbirth</i>	Ano(1)
Péče o novorozence / <i>Newborn care</i>	Ne
Asistenční služby / <i>Assistance services</i>	Ano
Preventivní péče, očkování / <i>Preventive care, vaccination</i>	Ano(4)
Dispenzární péče / <i>Dispensary care</i>	Ano

Vysvětlivky: (1) - na těhotenství a porod se vztahují čekací doby v délce 3 a 8 měsíců, (2) - nepatří pro případ akutního ohrožení života, (3) - pouze v případě ošetření, jehož cena přesáhne 5.000 Kč, (4) - do limitu dle čl. 10, odst. 6 VPP, (5) - v rozsahu shodném s veřejným zdravotním pojištěním v ČR, (6) - pojištění se nevztahuje na Článek 10, bod 6, písmeno a) a b) VPP

Explanations: (1) - pregnancy and childbirth are subject to waiting periods of 3 and 8 months, (2) - does not apply in case of acute threat to life, (3) - only in case of treatment whose cost exceeds CZK 5,000, (4) - up to the limit according to Article 10, paragraph 6 of the GIC, (5) - to the extent identical to public health insurance in the Czech Republic, (6) - insurance does not apply to Article 10, paragraph 6, letter a) and b) of the GIC

Počátek, konec pojištění / Start and end of the insurance

Počátek pojištění
Contract start from

Pojistná smlouva vzniká zaplacením pojistného v předepsané výši. / *The insurance contract comes into existence upon payment of the premium in the prescribed amount.*

Platební údaje a pojistné / Payment details and insurance premiums

Variabilní symbol / Variable symbol

Číslo účtu / Account number

Pojistné celkem / Total premiums

Pojistné je splatné ke dni počátku pojištění, zaplacené bez nebo se špatným variabilním symbolem se považuje za neuhrazené.
The premium is payable on the date of commencement of insurance; premiums paid without or with the wrong variable symbol are considered unpaid.

Při platbě bezhotovostním převodem se pojistné považuje za uhrazené okamžikem odepsání příslušné částky pojistného z Vašeho účtu (v případě platby zadané během víkendu či státního svátku okamžikem zadání příkazu k úhradě). Při placení prostřednictvím pošty dnem podání platby na poště. Při placení v hotovosti dnem zaplacení zástupci pojistitele proti vydanému potvrzení.

In the case of payment by wire transfer, the premium is deemed to be paid at the moment of when the relevant premium amount is debited from your account (in the case of a payment made over a weekend or public holiday, the moment the payment order is entered). When paying by post on the date the payment is lodged at the post office. When paying by cash, the date of payment to the insurer's representative against the receipt issued.

V případě pojistné události kontaktujte naši asistenční službu:

Global Assistance na telefonním čísle **+420 222 518 100** (možno volat na účet volaného).

In the event of an insurance claim, please contact our assistance service:

Global Assistance on the following telephone number **+420 222 518 100** (can be charged to the caller's account).

Tento návrh smlouvy byl sjednán dnev hod. formou obchodu na dálku, na internetových stránkách <https://online.svpojistovna.cz> (obchodník 15238 / 1 SV pojišťovna, a.s.)

This draft contract was negotiated on in hour by way of remote trading, on the website <https://online.svpojistovna.cz> (merchant 15238 / 1 SV pojišťovna, a.s.)

Závěrečné prohlášení / Final declaration

Vzájemná práva a povinnosti se řídí podle pojistné smlouvy, Všeobecných pojistných podmínek pro pojištění cizinců Welcome - 230901, které jsou nedílnou součástí pojistné smlouvy, případných dalších smluvních ujednání a příslušných platných zákonných ustanovení.

Jako pojistníkovi/pojištěnému mi byly před uzavřením smlouvy poskytnuty Informace pro zájemce o sjednání pojistné smlouvy, Informační dokument o pojistném produktu odkazující na Všeobecné pojistné podmínky 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 221001.

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.

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

Případný Záznam z jednání, předmluvní informace a informace poskytované během trvání pojištění jsou zásadně poskytovány v listinné podobě. Souhlasím s případným poskytnutím i v jiné než listinné podobě - pdf. soubor nebo internetová stránka. Pro zaslání informací v listinné podobě kontaktujte info@svpojistovna.cz.

Rights and obligations are governed by the insurance contract, the General Insurance Terms and Conditions for the Insurance of Foreigners Welcome - 230901, which are an integral part of insurance contract, any other contractual arrangements and the relevant applicable statutory provisions.

As the policyholder/insured, I have been provided with the Information for Prospective Policyholders, the Information Insurance Product Information Document referring to the General Insurance Conditions 230901 and the above General Insurance Conditions and I declare that I have received all these documents, their contents have been explained to me and I accept them without reservation. I declare that I have received the Information on Client Privacy Policy 221001.

If I have provided personal data of a third party (e.g. insured, beneficiary) in my role as policyholder, I undertake to provide such persons with the Client Information Client Data Protection Information. As policyholder/insured, I authorise the insurer's employees or other authorised competent representatives insurer and release third parties or entities from the obligation of confidentiality, all within the meaning and scope of the Insurer's Power of Attorney and the Policyholder's Declaration and of the insured to the waiver of confidentiality set out below.

By paying the premium, I, as the policyholder, declare that I have read the provisions of this policy in its entirety, understand it and agree to its contents.

Any Record of Negotiations, pre-contractual information and information provided during the term of the insurance shall in principle be provided in paper form. I consent to any provision in a form other than in hard copy - pdf file or website. To send information in paper form contact info@svpojistovna.cz.

Marketingové souhlasy

Marketingové souhlasy pojistníka nebyly uděleny. / *The placeholder's marketing consents have not been granted*

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 škodné 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.

Insurer's Power of Attorney and Insurer's and Insured's Statements of Waiver of Confidentiality

In the event of a claim, I hereby authorise the insurer's employees or other authorised competent representatives of the insurer in the event that the claim has arisen as a result of a felony or misdemeanour and these are under investigation by law enforcement or governmental authorities, to inspect the files of law enforcement or governmental authorities, take extracts therefrom and make copies of the files. Furthermore, in view of the fact that the insurer also examines, for the purpose of assessing its obligation to provide insurance benefits, the information provided by me or other persons or resulting from any documents submitted, I authorise the insurer's employees or other authorised competent representatives of the insurer to enter into any negotiations with third persons or entities in relation to the relevant claim for which I am claiming insurance benefits from the insurer and at the same time I release such third persons or entities from the obligation of confidentiality in the matter. I declare that by claiming the insurance benefit I release the third parties or entities from the obligation of confidentiality in the specific case. I also make these authorisations and declarations on behalf of the co-insured persons and my co-insured children whom I legally represent and who are unable to appreciate the significance of this declaration. As the policyholder, I undertake to inform the co-insured persons of the conclusion of the insurance policy, including the above-described powers of attorney and declarations.

Welcome Zdravotní Pojištění cizinců

WELCOME Health insurance for foreigners

Pojistka č.

Insurance contract No.



Pojistitel / Insurer

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

SV pojišťovna, a.s., Vyskočilova 1481/4 140 00, Praha 4 - Michle, ID No. 618 58 714, registered at the Municipal Court in Prague, Section B, Insert 2740

Pojistník / Policyholder

Jméno a příjmení / First and last name

Bydliště v ČR / Residence in CZ

Datum narození / Date of birth

Číslo pasu / Passport No.

Státní příslušnost / Nationality

Telefon / Phone number

E-mail

Tato Pojistka slouží zároveň jako potvrzení o zaplacení a akceptaci Návrhu pojistné smlouvy.

This Policy also serves as a confirmation of payment and acceptance of the Insurance Contract Draft.

Pojistná smlouva je platná a zaplacená.

The insurance contract is valid and paid.

Pojištěná osoba / Insured person

Jméno a příjmení / First and last name

Číslo pasu / Passport No.

Datum narození / Date of birth

Státní příslušnost / Nationality

Pojistné

Kartička pojištěného / Insured card

Welcome

Zdravotní pojištění cizinců

global
assistance

Jméno klienta
Name

Číslo pojistné smlouvy
Insurance Policy No.

Tarif
Product Type

Datum narození
Date of Birth

Platnost od
Start-up Date

Platnost do
Expiry Date



V případě nouze volejte

Emergency telephone number, Notrufnummer

GLOBAL ASSISTANCE a.s. (asistence 24 hodin denně)

tel.: +420 222 518 100

e-mail: ga@1220.cz

- Zdravotní pojištění cizinců
- Health insurance for foreigners
- Krankenversicherung für Ausländer
- медицинское страхование
- bảo hiểm y tế cho người nước ngoài

SV pojišťovna, a.s., Vyskočilova 1481/4, 140 00 Praha 4

tel. +420 221 585 111, www.svpojišťovna.cz

IČO: 61858714, DIČ: CZ61858714

OB0 221001