HASIČSKÁ VZÁJEMNÁ POJIŠŤOVNA, A.S.

Římská 2135/45, 120 00 Praha 2
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze,
oddíl B, vložka číslo 2742
IČ: 46973451 DIČ: CZ46973450 tel.: +420 222 119 119 info@hvp.cz

KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Pojistná smlouva číslo:

POJISTNÍK

Jméno, příjmení / název společnosti:

Jednající osoba: **Muž** **Žena**

Adresa pojistníka / sídla společnosti:

Datum narození: **IČO**:

Tel. č.: **E-mail:**

POJIŠTĚNÝ

vzor dokumentu, pouze pro informaci

Jméno, příjmení: **Muž** **Žena**

Datum narození: **Místo a stát narození:**

Registrační číslo: **Státní občanství:**

Adresa v ČR:

Tel. č.: **E-mail:**

Cestovní doklad - číslo: **Typ**: **Platnost**:

Číslo povolení k pobytu:

Platnost povolení k pobytu:

PARAMETRY POJIŠTĚNÍ:

Počátek pojištění: **Konec pojištění:**

Pojistná doba (v měsících):

Pojistné před slevou/přirážkou (Kč

Obchodní sleva/přirážka (Kč):

Pojistné (Kč):

Rozsah pojištění: **Standard** **Matka a dítě** **Sport**

Územní rozsah: **ČR** **ČR + Schengen**

LIMITY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojištění komplexní zdravotní péče v ČR:

- **Zdravotní péče včetně převozu a repatriace**: 10 000 000 Kč min. 400 000 €
- **Stomatologická péče**: 25 000 Kč
- **Ambulantně předepsané léky:** 25 000 Kč
- **Poporodní péče o novorozence - pojištění Matka a dítě:** 500 000 Kč

Pojištění nutné a neodkladné péče v Schengenském prostoru:

- **Zdravotní péče včetně převozu a repatriace**: 1 600 000 Kč min. 60 000 €
- **Stomatologická péče:** 5 000 Kč
- **Ambulantně předepsané léky**: 5 000 Kč

Pro pojištění, které vzniká z této smlouvy, platí obecně závazné právní předpisy a příslušné všeobecné pojistné podmínky, doplňkové pojistné podmínky nebo smluvní ujednání.

Pojistník/pojištěný prohlašuje, že byl před uzavřením pojistné smlouvy podrobně seznámen s jejím obsahem i se zněním Všeobecných pojistných podmínek obecná část pro škodové pojištění NP/01/2024, Doplňkových pojistných podmínek pro komplexní zdravotní pojištění cizinců NP/21/2025 nebo smluvních ujednání, které jsou její nedílnou součástí.

Pojistník tímto prohlašuje, že má na předmětném pojištení pojistný zájem ve smyslu § 2761 a následujících zákona č. 89/2012 Sb. Občanského zákoníku, v platném znění.

Pojistník souhlasí se zasíláním veškeré dokumentace k pojistné smlouvě, sjednaným pojištěním a připojištěním (včetně pojistky) na emailovou adresu uvedenou v této pojistné smlouvě a zavazuje se v případě změny kontaktní adresy oznámit pojistiteli novou emailovou adresu.

Prohlášení ke zpracování osobních údajů:

Pojistník/pojištěný bere na vědomí, že pojistitel zpracovává ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), jeho osobní údaje, včetně zvláštních kategorií osobních údajů, a to v rozsahu stanoveném v pojistné smlouvě, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Zpracování osobních údajů je v souladu s platnou právní úpravou a pojistnými podmínkami. Rozsah a účel zpracování osobních údajů je uveden v Zásadách ochrany osobních a dalších zpracovávaných údajů pojistitele.

Pojistník/pojištěný bere na vědomí a souhlasí s tím, že osobní údaje budou poskytnuty Policii České republiky – Službě cizinecké policie a pověřeným zaměstnancům Ministerstva vnitra pro účely posuzování povolení k pobytu na území ČR v souladu s právními předpisy.

Pojistník/pojištěný prohlašuje, že byl seznámen se Zásadami ochrany osobních a dalších zpracovávaných údajů pojistitele. Zásady ochrany osobních a dalších zpracovávaných údajů jsou dostupné na webových stránkách pojistitele www.hvp.cz/o-spolecnosti/gdpr-ochrana-osobnich-udaju.

Pojistník/pojištěný jako součást této smlouvy obdržel:

- NP/26/2025 Zdravotní dotazník
- NP/01/2024 Všeobecné pojistné podmínky obecná část pro škodové pojištění
- NP/21/2025 Doplňkové pojistné podmínky pro pojištění komplexní zdravotní pojištění cizinců
- OS/04/2025 Sdělení údajů spotřebiteli
- OS/02/2025 Předsmluvní informace
- Informační dokument o pojistném produktu
- Kartička pojištěného

Pojistník dále potvrzuje, že:

- zdravotní dotazník, který je přílohou a součástí této pojistné smlouvy, byl vyplněn úplně a pravdivě,
- pojištěný dal pojistiteli souhlas se zpracováním osobních údajů uvedených ve zdravotním dotazníku,
- pojištěný dal pojistiteli souhlas, aby pojistitel požadoval a získával údaje o zdravotním stavu pojištěného, a to v rozsahu uvedeném ve zdravotním dotazníku,
- pojištěný zprostil mlčenlivosti jakéhokoliv poskytovatele zdravotních služeb, a to ve vztahu k pojistiteli, a to v rozsahu uvedeném ve zdravotním dotazníku.

Pojistitel je při sjednávání pojistné smlouvy zastoupen tímto pojišťovacím zprostředkovatelem:

Datum sjednání pojistné smlouvy:

Za pojistitele:

vzor dokumentu, pouze pro informaci

HASIČSKÁ VZÁJEMNÁ POJIŠŤOVNA, a.s.

Římská 2135/45, 120 00 Praha 2
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze,
oddíl B, vložka číslo 2742
IČ: 46973451 DIČ: CZ46973450 tel.: +420 222 119 119 info@hvp.cz

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK - KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Číslo:

Jméno, příjmení:

Číslo pasu/průkazu totožnosti: **Datum narození:**

1. Trpíte nějakou chorobou (kromě např. respiračních onemocnění)? Byla vám zjištěna vrozená vada (s výjimkou používání brýlí a naslouchadel)?

ANO **NE** Pokuď ano, uveďte podrobnosti

2. Máte v současné době nějaký zdravotní problém s výjimkou chorob, které jste uvedl v otázce 1 (v případě těhotenství uveďte týden)?

ANO **NE** Pokuď ano, uveďte podrobnosti

3. Užíváte léky předepsané lékařem (kromě hormonální antikoncepce, vitamínů a potravinových doplňků)?

ANO **NE** Pokuď ano, uveďte podrobnosti

4. Prodělal jste v posledních 5 letech operaci? Byl jste hospitalizován (kromě hospitalizace v souvislosti s porodem)?

ANO **NE** Pokuď ano, uveďte podrobnosti

5. Utrpěl jste kdykoli úraz, který zanechal trvalý následek (s výjimkou jizev, ztrátového poranění končetin nebo ztráty zubů)?

ANO **NE** Pokuď ano, uveďte podrobnosti

6. Užíval jste/užíváte návykové látky, trpěl jste/trpíte jakoukoli závislostí (s výjimkou kouření)?

ANO **NE** Pokuď ano, uveďte podrobnosti

7. Jste profesionální sportovec?

ANO **NE** Pokuď ano, uveďte podrobnosti

Souhlas se zpracováním osobních údajů:

Zájemce o pojištění výslovně souhlasí se zpracováním zvláštních kategorií osobních údajů ve smyslu Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů), a to údajů o svém zdravotním stavu a genetických údajů, přičemž tyto údaje jsou zpracovávány za účelem:

- posouzení pojistného rizika a stanovení výše pojistného,
- vytvoření kalkulace a nabídky pojištění
- uzavření pojistné smlouvy.

Získání a vyhodnocení údajů o zdravotním stavu je nezbytné pro posouzení možnosti poskytnutí pojištění a pro poskytnutí pojištění. Souhlas se zpracováním zvláštních kategorií osobních údajů je podmínkou pro nabídku a uzavření pojistné smlouvy.

Souhlas je udělován na dobu, po kterou je pojistitel povinen uchovávat osobní údaje v souladu se zákonem č. 170/2018 Sb., o distribuci pojištění a zajištění.
Po uzavření pojistné smlouvy pojistitel zpracovává zvláštní kategorii osobních údajů také v souladu s článkem 9 odst. 2 písm f) obecného nařízení o ochraně osobních údajů - zpracování nezbytné pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků.
Zásady ochrany osobních a dalších zpracovávaných údajů jsou dostupné na webových stránkách pojistitele www.hvp.cz/o-spolecnosti/gdpr-ochrana-osobnich-udaju. Subjekt údajů je oprávněn souhlas se zpracováním osobních údajů písemně odvolat; tím však není dotčeno právo pojistitele zpracovávat i nadále osobní údaje v souladu s článkem 9 odst. 2 písm f) obecného nařízení o ochraně osobních údajů.

Prohlášení:

Prohlašuji, že všechny mnou výše uvedené údaje jsou úplné a pravdivé a že jsem úplně a pravdivě odpověděl na všechny výše uvedené dotazy. Jsem si vědom toho, že odpovědi na výše uvedené dotazy jsou jedním z podkladů pro rozhodnutí pojistitele o tom, zda a za jakých podmínek pojištění sjedná. Beru na vědomí, že dle § 2788 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, platí, že dotáže-li se pojistitel v písemné formě zájemce o pojištění při jednání o uzavření smlouvy nebo pojistníka či pojištěného při jednání o změně smlouvy na skutečnosti, které mají význam pro pojistitelovo rozhodnutí, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek, zodpoví zájemce nebo pojistník nebo pojištěný tyto dotazy pravdivě a úplně, a povinnost se považuje za řádně splněnou, nebylo-li v odpovědi zatajeno nic podstatného.
Uděluji pojistiteli souhlas, aby pojistitel požadoval a získával údaje o mém zdravotním stavu a zjišťoval a přezkoumával můj zdravotní stav nebo příčiny mé smrti, a to jsou-li pro to důvody související s určením výše pojistného rizika, výše pojistného nebo se šetřením pojistné události. Uvedené údaje může pojistitel zjišťovat zejména od jakékoliv osoby, poskytovatele zdravotních služeb nebo zdravotní pojišťovny, a to i po mé smrti. Uvedené zjišťování může pojistitel provádět i na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných osobou provozující zdravotnické zařízení, kterou pojistitel pověřil, od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.
Zprošťuji mlčenlivosti jakéhokoliv poskytovatele zdravotních služeb, a to ve vztahu k pojistiteli. Poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn poskytovat pojistiteli údaje a předávat mu dokumenty v rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn tyto údaje či dokumenty požadovat dle předchozího odstavce. Poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn poskytovat pojistiteli i takové informace, které se pacientovi nesdělují (např. informace, které se nesdělují pacientovi, který v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytované informace vůbec vnímat).
Pokud je v tomto zdravotním dotazníku použit pojem pojistitel, pak se jím rozumí Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s.