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 POJIŠTĚNÍ NUTNÉ A NEODKLADNÉ PÉČE

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: **Státní občanství:**

Adresa v ČR:

Tel. č.: **E-mail:**

PARAMETRY POJIŠTĚNÍ:

Počátek pojištění: **Konec pojištění:**

Pojistná doba (v měsících):

Pojistné před slevou/přirážkou (Kč

Obchodní sleva/přirážka (Kč):

Pojistné (Kč):

Rozsah pojištění: **Standard**

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

LIMITY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojištění nutné a neodkladné péče v ČR:

- Zdravotní péče včetně převozu a repatriace:	1 600 000 Kč	min. 60 000 €
- Stomatologická péče:	5 000 Kč	
- Ambulantně předepsané léky:	5 000 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 pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče cizinců NP/20/2025 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, sjednávaným pojištěním a připojištěním (včetně pojistky) na emailovou adresu uvedenou v tomto návrhu 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 souhlasím 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/01/2024 Všeobecné pojistné podmínky obecná část pro škodové pojištění

NP/20/2025 Doplňkové pojistné podmínky pro pojištění nutné a neodkladné zdravotní péče cizinců

OS/04/2025 Sdělení údajů spotřebiteli

OS/02/2025 Předsmluvní informace

Informační dokument o pojistném produktu

Kartička pojištěného

Pojištěný prohlašuje:

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).

Pojistitel je při sjednávání pojistné smlouvy zastoupen tímto pojišťovacím zprostředkovatelem:

Datum sjednání pojistné smlouvy:

Za pojistitele:

vzor dokumentu, pouze pro informaci