

## POJISTNÁ SMLOUVA / POJISTKA PRO KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

 Číslo pojistné smlouvy  Číslo karty klienta  Dne 
**MAXIMA pojišťovna, a.s.** • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR • IČ: 61328464 • zapsaná v OR Městského soudu v Praze pod RgB 3314 (pojistitel);  
**email:** info@maxima-as.cz • **Infolinka:** +420 273 190 400 • **Bankovní spojení:** ČSOB Praha, číslo účtu: 209 855 325 / 0300 - variabilní symbol =

## Pojistník

Příjmení, jméno, titul / Název firmy (Jednající osoba)	Datum narození / IČO	<b>Jednající osoba</b> Příjmení, jméno, datum narození	Muž <input type="checkbox"/>	Žena <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kontaktní adresa v ČR</b> Ulice, číslo popisné / Sídlo firmy	PSČ	Obec	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon	E-mail	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## Pojištěný

Příjmení, jméno, titul	Datum narození	Místo narození a stát	Muž <input type="checkbox"/>	Žena <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Adresa hlášeného pobytu v ČR</b> Ulice, číslo popisné	PSČ	Obec	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Státní občanství	Číslo cestovního dokladu	Telefon	E-mail	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Parametry pojištění

Počátek pojištění	Konec pojištění	Pojistná doba (měsíce)	Splatnost prvního pojistného dne	Jednorázové pojistné
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Kč

## EXCLUSIVE (SCHENGEN)

**Zdravotní péče ČR** – limit plnění na jednu pojistnou událost je 600 000 EUR, včetně repatriace a převozu. Celkový limit pro akutní ošetření stomatologem je 1 000 EUR.

**Léčebné výlohy SCHENGEN** – celkový limit plnění pro ostatní země Schengenského prostoru je 100 000 EUR v rozsahu nutné a neodkladné péče, včetně repatriace.

**Program MaxCare ČR** – celkový limit plnění je 4 000 Kč v rozsahu příspěvku na vynaložené náklady pojištěného na nadstandardní zdravotní a podpůrné programy (např. nepovinná očkování, plastové fixace, hormonální antikoncepce, pomůcky pro invalidy aj., v rozsahu blíže definovaném ve VPP).

**Přípojištění občanské odpovědnosti SCHENGEN** – limit plnění je 1. mil. Kč (újma na zdraví, na majetku, následná finanční újma).

**TeleMedic** – 24/7 telefonická konzultace s lékařem +420 296 339 685.

 Přílohy 

## Prohlášení pojistníka (pojištěného)

## I. Prohlášení ke zpracování osobních údajů

- a) Prohlašuji, že jsem byl v dostatečné době před uzavřením pojistné smlouvy seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů pojistitelem;
- b) Prohlašuji, že rozumím tomu, že podrobné informace o zpracování osobních údajů pojistitelem jsou k dispozici na internetových (webových) stránkách pojistitele na adrese www.maximapojistovna.cz/cs/ ochrana-osobnich-udaju nebo u pojišťovacího zprostředkovatele, který za pojistitele uzavřel tuto pojistnou smlouvu, anebo na obchodním místě pojistitele;
- c) Prohlašuji, že souhlasím se zpracováním údajů o mém zdravotním stavu pro účely tohoto pojištění, resp. mám předchozí souhlas pojištěného (jeho zákonného zástupce) takový souhlas udělit i ohledně údajů o jeho zdravotním stavu.

Pojistník, který není současně pojištěným, prohlašuje, že má od pojištěného (jeho zákonného zástupce) všechny informace o jeho zdravotním stavu, aby mohl pravdivě a úplně vyplnit zdravotní dotazník (je-li vyhotoven). Zmocňuje tímto pojistitele, aby v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojistitele plynoucích z pojistné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti (smrti pojištěného), ohledně mého (jeho) zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) a žádal je o pořízení výpisů nebo kopií ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů o mém (jeho) zdravotním stavu. Uděluji oprávnění lékařům (zdravotnickým zařízením), aby pojistiteli na jeho žádost, v rozsahu výše uvedeného zmocnění, poskytli požadované informace tak, jako by je poskytovali pacientovi.

## II. Prohlášení k uzavírání pojistné smlouvy a sjednávání pojištění

- 1) Prohlašuji, že jsem byl v dostatečné době před uzavřením pojistné smlouvy seznámen se všemi podstatnými informacemi týkajícími se sjednávání pojištění, zejména:
- a) s pojistnými podmínkami, kterými se sjednává pojištění a které jsou vyjmenovány v pojistné smlouvě v části „Přílohy“;
- b) s dalšími podmínkami pojištění a rozsahem pojištění, zejména prostřednictvím dokumentů „Informace o produktu“ a „Předmluvní informace“;
- 2) Prohlašuji, že jsem byl v dostatečné době před uzavřením pojistné smlouvy podrobně seznámen se všemi vybranými ustanoveními pojistných podmínek, zvláště jejich barevně označených částí a znění vyluk, která by mohla být považována za ustanovení neočekávaná ve smyslu § 1753 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, jejich znění rozumím a souhlasím s nimi.
- 3) Potvrzuji, že všechny přílohy považuji za nedílnou a závaznou součást pojistné smlouvy.
- 4) Prohlašuji, že jsem v dostatečné době před uzavřením pojistné smlouvy obdržel Záznam z jednání, včetně všech jeho příloh. Mé požadavky a potřeby na pojištění byly zaznamenány úplně a správně.
- 5) Prohlašuji, že jsem si pojistnou smlouvu důkladně přečetl, potvrzuji, že všechny údaje, které jsou v ní uvedeny, jsou pravdivé a úplně, obsah pojistné smlouvy rozumím a souhlasím s ním.
- 6) Prohlašuji, že seznámím pojištěného, pokud je odlišný od pojistníka, s obsahem pojistné smlouvy včetně uvedených pojistných podmínek a s ostatními relevantními dokumenty a informacemi sdělenými mi pojistitelem.

Pojistník zvolil elektronickou podobu všech informací o pojištění, které obdrží na svůj email, jako vhodnou a dostatečnou. Pojistník má možnost kdykoliv požádat pojistitele o listinnou formu informací o pojištění. Pojištěný, který není současně pojistníkem nebo třetí osoba, v jejíž prospěch bylo pojištění sjednáno, může s pojistnou smlouvou projevít souhlas kdykoliv po dobu trvání smlouvy nebo až při uplatnění práva na pojistné plnění. Projevením souhlasu s pojistnou smlouvou se současně rozumí projevení souhlasu s obsahem zdravotního dotazníku (je-li vyhotoven) a se správností odpovědí pojistníka na zdravotní stav pojištěného. Pojistitel upozorňuje pojistníka, pojištěného i třetí osobu, že na dotazy pojistitele uvedené ve smlouvě, včetně zdravotního dotazníku (je-li vyhotoven), je třeba odpovědět pravdivě a úplně. Při porušení těchto povinností má pojistitel právo snížit pojistné plnění nebo od celé pojistné smlouvy odstoupit, pokud by při pravdivém a úplném zodpovězení otázek pojistnou smlouvou neuzavřel.

## Údaje o zprostředkovateli

Příjmení, jméno, titul	Telefon	E-mail	Sjednatelské číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>


**MAXIMA pojišťovna, a.s.** • Italská 1583/24, 120 00 Praha 2, ČR • IČ: 61328464 • zapsaná v OR Městského soudu v Praze pod RgB 3314 (pojistitel)

## STVRZENKA O ZAPLACENÍ POJISTNÉHO

Pojistná smlouva č.:	<input type="text"/>	účinná od:	<input type="text"/>	do:	<input type="text"/>
Pojištěný:	<input type="text"/>	Datum narození:	<input type="text"/>		

**Pojistné splatné ke dni vystavení potvrzení bylo uhrazeno na účet pojistitele v plném rozsahu.** Dne: 

Pojištění splňuje podmínky dané zákonem č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců, v platném znění.



Podpis zástupce pojistitele