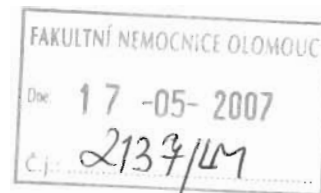




VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA  
ČESKÉ REPUBLIKY

Územní pracoviště  
**Olomouc**  
Lazecská 22A  
779 11 Olomouc



*Informace pro zdravotnická zařízení  
o zdravotním pojištění cizinců Pojišťovny VZP, a.s.*

S platností od 02.05.2007 se mohou zdravotnická zařízení při ošetřování cizinců z tzv. „třetích zemí“ setkávat v praxi s průkazem pojištěného „nového vzhledu“. Tento průkaz je velikosti kreditní karty, je na něm logo PVZP, a.s. a dále je opatřen v pravém dolním rohu hologramem- ochranný prvek proti zneužití.

Průkazy nejsou již barevně rozlišené. Pro rozlišení je v konstrukci čísla pojištěného jako první trojčíslí (z 10 místného čísla) uvedeno u zdravotního pojištění cizinců pro případ **komplexní péče /dříve zelený/ číslo 167** a u zdravotního pojištění cizinců pro případ **neodkladné péče /dříve „okrová“/ číslo 168**.

Pracovníci zdravotnického zařízení se mohou setkávat po dobu nejméně dvou let **s průkazy dosavadními a současně i s novými.**

V případě potřeby nás kontaktujte na tel. 585 534 106, 585 534 105.

Příloha: průkazky-vzor

000000001

**ASISTENČNÍ SLUŽBA**

AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o.  
Kodaňská 25  
101 00 Praha 10

tel: **+420 272 10 10 10**  
fax: +420 272 10 10 01  
e-mail: [info@axa-assistance.cz](mailto:info@axa-assistance.cz)

Ověřování KLIENŤSKÝ SERVIS PVZP, a.s.  
pojistných smluv: Jankovcova 1566/2b  
170 00 Praha 7

tel: +420 233 006 312  
fax: +420 233 006 295  
e-mail: [asistence@pvzp.cz](mailto:asistence@pvzp.cz)

Pokyny pojistitele: Před poskytnutím nebo čerpáním zdravotní péče  
**KONTAKTUJTE VŽDY POSKYTOVATELE ASISTENČNÍCH SLUŽEB** pojistitele.  
Více informací o pojištění najdete na internetové adrese [www.pvzp.cz](http://www.pvzp.cz)  
**BEFORE PROVIDING MEDICAL CARE ALWAYS CONTACT ASSISTANCE SERVICE.**  
More information about Insurance for Medical Facilities : [www.pvzp.cz](http://www.pvzp.cz)

Typ pojištění: Standard

Pojištění se řídí pojistnými podmínkami označenými: **ZPCK 1/07**  
Sjednaná pojistná nebezpečí: **Úkony související se zdravotním stavem, úraz**

000000002

**ASISTENČNÍ SLUŽBA**

AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o.  
Kodaňská 25  
101 00 Praha 10

tel: **+420 272 09 99 27**  
fax: +420 272 10 10 01  
e-mail: [info@axa-assistance.cz](mailto:info@axa-assistance.cz)

Ověřování KLIENŤSKÝ SERVIS PVZP, a.s.  
pojistných smluv: Jankovcova 1566/2b  
170 00 Praha 7

Русскоязычная клиентура: Телф: +420 272 09 99 28  
tel: +420 233 006 312  
fax: +420 233 006 295  
e-mail: [asistence@pvzp.cz](mailto:asistence@pvzp.cz)

Pokyny pojistitele: Před poskytnutím nebo čerpáním zdravotní péče  
**KONTAKTUJTE VŽDY POSKYTOVATELE ASISTENČNÍCH SLUŽEB** pojistitele.  
Více informací o pojištění najdete na internetové adrese [www.pvzp.cz](http://www.pvzp.cz)  
**BEFORE PROVIDING MEDICAL CARE ALWAYS CONTACT ASSISTANCE SERVICE.**  
More information about Insurance for Medical Facilities : [www.pvzp.cz](http://www.pvzp.cz)

Typ pojištění: Turistický pobyt

Pojištění se řídí pojistnými podmínkami označenými: **ZPCN 1/07**  
Sjednaná pojistná nebezpečí: **Náhlé onemocnění, úraz**

**ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ  
PRO PŘÍPAD KOMPLEXNÍ PÉČE****PRŮKAZ POJIŠTĚNĚHO**

vydaný pojistitelem pro potřeby pojištěného jako potvrzení o sjednání pojištění, které splňuje požadavky  
zákonu č.326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

**Pojištěný** č.: **1670000017** **Pojistná smlouva č.:** 1670000017

jméno a příjmení: **Ian Nguyen**

datum narození: **05.04.1978**

pohlaví: **Muž**

průkaz totožnosti: **AS 154654645654**

**Pojistná doba**

- počátek: **12.08.2007**

- konec: **11.08.2008** Datum, podpis a otisk razítka pojistitele

**ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ  
PRO PŘÍPAD NEODKLADNÉ PÉČE****PRŮKAZ POJIŠTĚNĚHO**

vydaný pojistitelem pro potřeby pojištěného jako potvrzení o sjednání pojištění, které splňuje požadavky  
zákonu č.326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

**Pojištěný** č.: **1680000016** **Pojistná smlouva č.:** 1680000016

jméno a příjmení: **Ian Nguyen**

datum narození: **05.04.1978**

pohlaví: **Muž**

průkaz totožnosti: **AS 154654645654**

**Pojistná doba**

- počátek: **12.08.2007**

- konec: **11.08.2008** Datum, podpis a otisk razítka pojistitele

