

DODATEK
PRO POJIŠTĚNOU OSOBU

 **UNIVERSUM**

Univerzální pojištění pro zdravý a dlouhý život

 **novis**
The new world of insurance

ZJEDNODUŠENÉ PROVĚŘENÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU

Zjednodušené prověření zdravotního stavu je možné využít při splnění následujících podmínek: pojistná částka pro pojištění smrti nejvíce 750.000 Kč, nejvyšší vstupní věk 64 let, nejvyšší věk při ukončení smlouvy (změna smlouvy na důchod) 75 let, žádná jiná pojištěná rizika.

Můžete pravdivě konstatovat následující?

Čestně prohlašuji, že v tomto okamžiku nemám sníženou pracovní schopnost a nepobírám ani jsem nepožádal/a o pobírání dávek z důvodu snížené pracovní schopnosti, nezpůsobilosti pracovat, invalidity nebo potřeby dlouhodobé péče. Zároveň potvrzuji, že jsem nebyl/a hospitalizován/a během posledních 5 let a že jsem se v období posledních 5 let ani neléčil/a a ani neužíval/a léky déle než 3 týdny bez přerušení z důvodu stejných zdravotních problémů nebo nemocí.

Potvrzuji: že jsem neměl/a a ani nemám následující onemocnění: maligní nádorové onemocnění, onemocnění nervového systému, duševní nemoci, infekce HIV, srdeční infarkt nebo mozková příhoda.

Ano Ne

Datum a podpis

Pokud je odpověď na čestné prohlášení „NE“, je nutné zodpovědět všechny otázky zdravotního dotazníku na této straně.

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Povolání:	Výška:	Váha:
Kouření: <input type="radio"/> Ano: počet cigaret/doutníků za den _____ <input type="radio"/> Ne (minimálně za posledních 12 měsíců jsem nekouřil/a)		
Sport: <input type="radio"/> rekreačně <input type="radio"/> poloprofesionálně <input type="radio"/> profesionálně		
1. Máte uzavřené životní, úrazové, zdravotní nebo jiné pojištění v jiné pojišťovně? Pokud ano, uveďte prosím typ a rozsah smlouvy a také název společnosti. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	a) Srdce, cévní systém nebo krevní oběh (např. vysoký, kolísavý krevní tlak, poruchy srdečního rytmu, bušení srdce, srdeční šelest, ischemická choroba srdce, bolest na prsou, infarkt myokardu, angina pectoris, křečové žíly, trombózy a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
2. Zamítla, odložila nebo akceptovala s navýšením v posledních pěti letech některá pojišťovna Vaše životní, úrazové nebo zdravotní pojištění? Měl/a jste někdy stanovenou vyluku v některé části pojištění? Pokud ano, uveďte prosím typ, rozsah smlouvy, důvod a také název společnosti. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	b) Nervový systém anebo psychika (např. časté bolesti hlavy, migrény, závratě, záchvatové poruchy, epilepsie, roztroušená skleróza, ochrnutí, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, duševní poruchy, úzkost, deprese, psychóza, poruchy příjmu potravy a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
3. Jste vystavený/á v zaměstnání anebo ve svém volném čase nějakému osobnímu riziku? (např. nebezpečné a hořlavé látky, výkon rizikových sportů – parašutismus, paragliding, soukromé motorové letadlo, vzdušný kluzák, potápění, horské sporty, bojová umění, motosporty,...). Vykonáváte jiné sportovní disciplíny pravidelně anebo se zúčastňujete soutěží? Plánujete pobyt delší než 6 měsíců v zemích mimo Evropu? Pokud ano, prosím specifikujte (v případě potřeby Vám zašleme samostatný dotazník). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	c) Krev, lymfatický systém a slezina (např. anémie, poruchy srážlivosti krve, hemofilie, leukémie, změny v krevním obraze, onemocnění sleziny a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
4. Byl/a jste v posledních pěti letech operován/a, hospitalizován/a anebo léčen/a? Je Vám nějaká operace, hospitalizace anebo léčba plánována? Pokud ano, prosím specifikujte kdy a z jakého důvodu. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	d) Dýchací systém (např. dýchavičnost, embolie, astma, tuberkulóza, senná rýma, chronický zápal průdušek a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
5. Existují u Vás chronické onemocnění anebo fyzické/mentální postižení, vrozené vady, následek chirurgického zákroku, infekce anebo úrazy? Pokud ano, uveďte prosím od kdy, léčbu a komplikace. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	e) Oči a uši (např. rozmazané vidění, zhoršení zraku, oční zákal, slepota, hučení v uších, ztráta sluchu, hluchota a jiné). Pokud nosíte brýle anebo kontaktní čočky, uveďte počet dioptrií na každém oku zvlášť. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
6. Užíváte anebo jste v posledních pěti letech dlouhodobě pravidelně užíval/a léky z důvodu zdravotních problémů, bolestí, onemocnění anebo úrazů? V uvedeném rozsahu dlouhodobě znamená více než 2 týdny. Pokud ano, uveďte prosím název, dávkování léku a délku užívání. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	f) Pohybový aparát (např. onemocnění páteře, meziobratlových plotének, kloubů, svalů, šlach anebo vazů, artróza, zkrácení nohy, absence končetin, ortopedické vady omezující běžné pohyby anebo vyžadující trvalé používání ortopedických pomůcek (např. invalidní vozík, berle, ortéza, fixátor páteře a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
7. Bylo Vám někdy doporučeno anebo jste se podrobil/a léčbě v důsledku užívání alkoholu, léků anebo jiné závislosti (např. gamblerství a jiné)? Pokud ano, uveďte prosím kdy, jak dlouho, důvod a druh závislosti. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	g) Gastrointestinální trakt: onemocnění jícnu – např. refluxní onemocnění, varixy a jiné, žaludek – např. vředová choroba, gastritida a jiné, střeva – např. Crohnova choroba, ulcerózní kolitida, vředové onemocnění a jiné. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
8. Byl/a jste příjemcem, anebo pobíráte invalidní důchod, je u Vás zahájeno konání anebo jste uvažoval/a o přiznání invalidního důchodu, případně máte změněnu pracovní schopnost? Pokud ano, uveďte prosím důvod a od kdy do kdy. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	h) Ledviny, močovo-pohlavní systém anebo prostata (např. záněty, kameny, cysty, onemocnění prostaty a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
9. Byl/a jste v posledních pěti letech v pracovní neschopnosti déle než 21 dní anebo jste v současné době v pracovní neschopnosti? Pokud ano, uveďte prosím kdy, jak dlouho a důvod. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	i) Játra, žlázy a metabolismus (např. cukrovka, zvýšený cholesterol, zvýšené jaterní testy, DNA, štítná žláza anebo jiné onemocnění žláz s vnitřní sekrecí) anebo revmatoidní onemocnění. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
10. Onemocnění anebo choroby uvedené v závorkách nejsou konečné a slouží jako příklady možných onemocnění na základě konkrétního orgánu. Jste anebo byl/a jste někdy léčen/a anebo hospitalizovaný/á za posledních pět let pro níže uvedené onemocnění, poruchy zdraví anebo jste příznaky těchto onemocnění, respektive poruch zdraví zpozoroval/a? <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	j) Imunitní systém, chronické infekční anebo virusové onemocnění (např. vrozená porucha imunity, hepatitida, tropické choroby, horečky neznámé příčiny a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
	k) Kůže (např. ekzém, svědění, začervenání, alergie a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
	l) Gynekologické onemocnění anebo onemocnění prsou (např. cysty, myomy, adenomy, polypy, dysplazie, poruchy menstruačního cyklu, léčba neplodnosti, císařský řez, rizikové těhotenství, mimoděložní těhotenství a jiné). <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
	11. Máte anebo měl/a jste onkologické či jiné nádorové onemocnění (např. zhoubné i nezhoubné, cysty, myomy a jiné)? <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
	12. Podrobil/a jste se radioterapii, chemoterapii anebo Vám byly zjištěny abnormální výsledky specializovaných vyšetření (např. CT, MRI, RTG, USG, EKG, EEG, měření krevního tlaku, laboratorní testy a jiné)? Pokud ano, uveďte prosím podrobnosti. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	
	13. Bylo Vám vykonané anebo probíhá u Vás vyšetření na zjištění HIV/AIDS? Pokud ano, uveďte prosím důvod, od kdy, výsledek, případně léčbu. <input type="radio"/> Ano <input type="radio"/> Ne	

Doplňující informace týkající se zdravotního stavu:

K číslu	Druh onemocnění/poříz	Kdy? Jak dlouho?	Jméno a adresa lékaře/nemocnice v případě vyšetření
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Prohlašuji, že jsem se seznámil se Všeobecnými pojistnými podmínkami pro „OK Universum“ platnými pro Návrh na uzavření pojistné smlouvy, ke kterému se tento dodatek sjednává.

Souhlasím s tím, aby pojistitel, dle potřeby prověřoval můj zdravotní stav u lékařů a ve zdravotnických zařízeních, ve kterých jsem se léčil, léčím nebo se budu léčit. Zplnomocňuji zdravotní pojišťovny, lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace, též k jejich zapůjčení za účelem uzavření a změny pojistné smlouvy a pro vyřízení pojistných událostí i na dobu po mé smrti. Zároveň zbavuji povinnosti zachovávat mlčenlivost vůči pojistiteli, všem lékařům, kteří mě léčili nebo se kterými jsem konzultoval svůj zdravotní stav.

Pokud pojištěný nesouhlasí s některým z následujících prohlášení, označí to křížkem na vyznačeném místě. V opačném případě platí, že souhlasí:

Pojištěný svým podpisem v tomto dodatku **potvrzuje** a čestně **prohlašuje**, že není politicky exponovanou osobou ve smyslu právních předpisů a opatření platných proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu a rovněž se zavazuje, že pokud se v průběhu trvání smluvního vztahu s pojistitelem touto osobou stane, oznámí tuto skutečnost bez zbytečného odkladu pojistiteli a vyplní Čestné prohlášení politicky exponované osoby.

Nesouhlasím

Pojištěný svým podpisem v tomto dodatku **potvrzuje** a čestně **prohlašuje**, že není daňovým rezidentem USA. Dále prohlašuje, že není občanem USA a ani jeho místo narození není v USA.

Nesouhlasím

Svým podpisem **potvrzuji**, že všechny údaje v tomto dodatku jsou uvedeny pravdivě a úplně.

Jakékoliv změny týkající se prohlášení pojištěného anebo údajů uvedených v dodatku k pojistné smlouvě / návrhu pojistné smlouvy je pojistník a pojištěný povinen oznámit pojistiteli bez zbytečného odkladu.

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Tento dodatek dává pojištěný spolu s pojistníkem. Lhůta k přijetí dodatku ze strany pojistitele jsou dva měsíce ode dne doručení dodatku do sídla pojistitele, nejvýše však deset týdnů od podpisu dodatku pojistníkem a pojištěným. Dodatek je platný dnem, kdy pojistník dostane oznámení o jeho přijetí ze strany pojistitele. Toto oznámení bude zasláno pojistníkovi, budou-li splněny všechny následující podmínky:

a) pojistníkem a pojištěným úplně, pravdivě a správně vyplněný a podepsaný dodatek a další dokumenty požadované pojistitelem jsou doručeny do sídla

pojistitele ve lhůtě pro přijetí dodatku, b) na základě ocenění rizik pojistitelem jsou splněny podmínky pojistitelnosti pro jednotlivá pojistná rizika.

Pojistitel vystaví a zašle Potvrzení o uzavření dodatku k pojistné smlouvě na e-mailovou adresu pojistníka. Datum počátku pojištění je uvedeno v Potvrzení o uzavření dodatku k pojistné smlouvě. Bez podpisů pojistníka a pojištěného není možné tento dodatek akceptovat.

Datum podpisu _____

Podpis pojistníka _____

Podpis pojištěného _____

IDENTIFIKACE POJIŠTĚNÉHO

Doklad totožnosti: OP Cest. pas Číslo dokladu: _____ Platnost do:

Tímto čestně prohlašuji, že jsem osobně provedl/a identifikaci pojistníka a pojištěného v souladu s příslušným ustanovením § 8 zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Datum _____

Podpis PPZ _____

Evropská od základu

NOVIS je výjimečná pojišťovna s velkým počtem skutečných inovací a s klientelou v osmi evropských zemích, přičemž v roce 2016 vstoupila na trh do tří zemí - Polska, Itálie a Finska.

Tím, že NOVIS poskytuje své služby i pro odborníky, kteří pracují v jiných zemích (Expatriates), stává se globálně činnou pojišťovnou.



