



DODATEK K POJISTNÉ SMLOUVĚ / NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

ok UNIVERSUM

Univerzální pojištění pro zdravý a dlouhý život

Číslo návrhu -
variabilní symbol

3016

Reg. č. pojišťovacího agenta

015876PA

Název pojišťovacího agenta

Broker Consulting, a.s.

POJIŠTĚNÝ

Titul	Jméno	Příjmení
Trvalý pobyt - ulice	Číslo popisné	PSČ
Město/Obec	Telefon/ Mobil	
Datum narození	Rodné číslo	E-mail
Doklad totožnosti	Číslo dokladu	Státní příslušnost
Korespondenční adresa (ulice, číslo popisné, PSC, město/obec)		

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Technický počátek pojištění

(datum počátku pojištění je uveden v Potvrzení o uzavření dodatku k pojistné smlouvě)

0 1 2 0

Pojistná doba

Pojistná částka

Pojištění pro případ smrti

0 0 0 Kč

Pojištění pro případ smrti
s klesající pojistnou částkou

let

0 0 0 Kč

Plnohodnotné pojištění v důsledku úrazu¹

0 0 0 Kč

Pojištění nemocí a operací²

0 0 0 Kč

Pojištění pro případ invalidity

0 0 0 Kč

Pro jednotlivá pojistná rizika je stanovena pojistná částka minimálně ve výši 100 000 Kč.

POZNÁMKY

¹ Plnohodnotné pojištění v důsledku úrazu obsahuje - smrt způsobenou úrazem, trvalé následky v důsledku úrazu, rozšířené úrazové krytí - dobu nezbytné léčby a pracovní neschopnost v důsledku úrazu.

² Pojištění nemocí a operací obsahuje - závažná onemocnění, operace v důsledku choroby, nemocenskou dávku v případě hospitalizace a pracovní neschopnosti v důsledku nemoci.

OBMYŠLENÉ OSOBY V PŘÍPADĚ SMRTI POJIŠTĚNÉHO

Příjmení, jméno, titul	Datum narození	Podíl v %
		celkem 100 %

Zjednodušené prověření zdravotního stavu

Zjednodušené prověření zdravotního stavu je možné využít při splnění následujících podmínek: pojistná částka pro pojištění smrti nejvíce 500.000,-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 praceschopnost 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 ani nemám následující onemocnění: maligní nádorové onemocnění, onemocnění nervového systému, duševní nemoci, infekce HIV, srdeční infarkt nebo mozková příhoda.

Ano Ne

Datum a podpis pojištěného

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

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

Prosíme vyplňte řádně, pravdivě a úplně odpovědi na všechny níže uvedené otázky. V opačném případě může v budoucnu dojít ke snížení nebo odmítnutí pojistného plnění nebo ke zrušení pojistné smlouvy.

1. Jaké je Vaše povolání? (Profesi uvádějte v souladu s modelací a uvádějte také možná rizika povolání - práce ve výškách, v zahraničí, ...)

2. Jaká je Vaše výška a hmotnost? cm kg 3. Kouříte? Ano Ne Počet ks/den

4. Sportujete? Ano Ne Jaký sport?

rekreačně poloprofesionálně (zúčastňuje se soutěží) profesionálně (zaměstnání)

5. Užíváte v současnosti nebo jste užívali v minulosti pravidelně léky z důvodu léčby zdravotních potíží, bolestí nebo nemocí? Ano Ne

6. Pravidelně užíváte v současnosti nebo jste pravidelně užívali v minulosti návykové látky (například drogy, alkohol, léky)? Ano Ne

Podrobili jste se někdy léčbě, popřípadě byla Vám někdy doporučena, či nařízena léčba ze závislosti na návykové látce, alkohol, drogy, léky, hráčství a podobně? Ano Ne

7. Jste v současnosti uznán invalidním, žádali jste někdy o invalidní důchod, případně byla u Vás posuzována invalidita? Ano Ne

8. Trpíte v současnosti nebo jste trpěli v posledních 10 letech bolestmi, zdravotními obtížemi nebo onemocněními: Ano Ne

a) Srdce, cév, plic, dýchacích orgánů (například vysoký krevní tlak, kolísavý krevní tlak, poruchy srdečního rytmu, bušení srdce, srdeční šelest, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, angina pectoris, bolesti na prsou, křečové žíly, trombóza, embolie, astma, tuberkulóza, chronický zánět průdušek) případně jinými nemocemi srdce, cév, plic či dýchacích orgánů Ano Ne

b) Látkové výměny, žlázy s vnitřní sekrecí (např. cukrovka, dna, zvýšený cholesterol, triglyceridy, poruchy funkce štítné žlázy) případně jinými nemocemi metabolismu Ano Ne

c) Jater, žlučníku, slinivky, jícnu, žaludku, dvanácterníku, tenkého střeva, tlustého střeva, konečníku, pohlavních orgánů, ledvin, močových cest (například bílkovina nebo krev v moči), žloutenkou případně jinými onemocněními trávicích orgánů Ano Ne

d) Krve nebo imunitního systému (například chudokrevnost, porucha srážlivosti krve, hemofilie, leukémie, změny v krevním obraze, onemocnění sleziny, HIV infekce, AIDS, alergie) Ano Ne

e) Kostí, kloubů, svalů (například bolesti nebo onemocnění páteře, dlouhodobější bolesti končetin, revmatismus, artróza, osteoporóza) případně jiné nemoci kostí, kloubů a svalů Ano Ne

f) Mozku, nervů, duševními onemocněními (např. bolesti hlavy, migrény, závratě, záchvaty, epilepsie, roztroušená skleróza, mrtvice, ochrnutí, deprese, duševní poruchy, pokusy o sebevraždu) případně jinými onemocněními nervového systému Ano Ne

g) Zhoubnými nebo nezhoubnými nádorovými onemocněními (např. rakovina, myomy, adenomy, lipomy, polypy, cysty) případně jinými druhy nádorových onemocnění Ano Ne

h) Virovými, bakteriálními, infekčními nebo plísňovými onemocněními (např. HIV virus, malárie, mononukleóza, Lymfská borelióza a jiné) Ano Ne

i) Očními nebo ušními (například onemocnění sítnice, poruchy vidění - uveďte i počet dioptrií pro každé oko, slepota, hluchota, hluchoněmota, poruchy sluchu) případně jinými onemocněními očí a uší Ano Ne

j) Jinými, v tomto zdravotním dotazníku neuvedenými onemocněními, poškozeními zdraví (úrazy), tělesnými vadami Ano Ne

9. Byly u Vás zjištěny nenormální (nevýhovující) výsledky speciálních vyšetření (např. počítačová tomografie (CT), nukleární magnetická rezonance (MRI), rentgenové vyšetření (RTG), ultrazvuk (USG), EKG, vyšetření krve, moči, genetické testy, HIV test na AIDS), případně jiných speciálních vyšetření? Ano Ne

10. Byl jste v posledních 10 letech hospitalizován, případně byla Vám v minulosti doporučena hospitalizace za účelem diagnostiky onemocnění, vyšetření, léčení, operace a podobně? Ano Ne

11. Je Vám hospitalizace v současnosti doporučena, případně plánována? Pokud ano, přiložte prosím kopii lékařské zprávy ohledně hospitalizace. Ano Ne

Detailní údaje k otázkám, které byly zodpovězeny Ano

K číslu Druh onemocnění, změn, potíží Kdy? Jak dlouho? Jméno a adresa lékaře/nemocnice v případě vyšetření

K číslu	Druh onemocnění, změn, potíží	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 pojištění 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 lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace, též k jejich zapůjčení za účelem uzavření a změn pojistné smlouvy a pro vyřízení pojistných událostí i na dobu po mé smrti. Zároveň zbavuji povinnosti zachovávat mlčenlivost vůči pojistiteli všech lékařů, kteří mě léčili nebo se kterými jsem konzultoval svůj zdravotní stav.

Pokud pojištěný nesouhlasí s některým z následujících prohlášení, křížkem označí vyznačené místo. 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 **stvzuji**, že všechny údaje v tomto dodatku jsou uvedeny pravdivě a úplně.

Jakékoliv změny týkající se prohlášení pojištěného nebo 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

PODŘÍZENÝ POJIŠŤOVACÍ ZPROSTŘEDKOVATEL

Jméno
a příjmení

Reg. číslo vydané
Českou národní bankou

Interní
registrační číslo

Telefon/
Mobil

E-mail

Tímto čestně prohlašuji, že jsem osobně provedl/la 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 pojišťovacího zprostředkovatele



