

DODATEK
PRO POJIŠTĚNOU OSOBU

Wealth Insuring

powered by



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: Ano: počet cigaret/doutníků za den _____

Ne (minimálně za posledních 12 měsíců jsem nekouřil/a)

Sport: žádný rekreačně _____

poloprofesionálně _____

profesionálně _____

- | | Ano | Ne | | Ano | Ne |
|--|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Máte uzavřeno životní, úrazové, zdravotní nebo jiný druh pojištění v jiné pojišťovně? Pokud ano, uveďte prosím druh a rozsah smlouvy a také název společnosti. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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"/> | <input type="radio"/> |
| 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 z částí pojištění? Pokud ano, uveďte prosím druh, rozsah smlouvy, důvod a také název společnosti. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | b) Nervový systém nebo 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"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Jste vystaven/a v zaměstnání nebo 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 nebo 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"/> | <input type="radio"/> | c) Krev, lymfatický systém a slezina (např. anémie, poruchy srážlivosti krve, hemofilie, leukémie, změny v krevním obraze, onemocnění sleziny a jiné). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Byl/a jste v posledních pěti letech operován/a, hospitalizován/a nebo léčen/a? Je Vám nějaká operace, hospitalizace nebo léčba plánována? Pokud ano, prosím specifikujte kdy a z jakého důvodu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | d) Dýchací systém (např. dýchavičnost, embolie, astma, tuberkulóza, senná rýma, chronický zápal průdušek a jiné). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Existují u Vás chronická onemocnění nebo fyzické/mentální postižení, vrozené vady, následek chirurgického zákroku, infekce nebo úrazy? Pokud ano, uveďte prosím od kdy, léčbu a komplikace. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | e) Oči a uši (např. rozmazané vidění, zhoršení zraku, oční zákal, slepota, hučení v uších, ztráta sluchu, hluchota a jiné). Pokud nosíte brýle nebo kontaktní čočky, uveďte počet dioptrií na každém oku zvlášť. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Užíváte nebo jste v posledních pěti letech dlouhodobě pravidelně užíval/a léky z důvodu zdravotních problémů, bolestí, onemocnění nebo úrazů? V uvedeném rozsahu dlouhodobě znamená více než 2 týdny. Pokud ano, uveďte prosím název, dávkování léku a délku užívání. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | f) Pohybový aparát (např. onemocnění páteře, meziobratlových plotének, kloubů, svalů, šlach nebo vazů, artróza, zkrácení nohy, absence končetin, ortopedické vady omezující běžné pohyby nebo vyžadující trvalé používání ortopedických pomůcek (např. invalidní vozík, berle, ortéza, fixátor páteře a jiné). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Bylo Vám někdy doporučeno nebo jste se podrobil/a léčbě v důsledku užívání alkoholu, léků nebo jiné závislosti (např. gamblerství a jiné)? Pokud ano, uveďte prosím kdy, jak dlouho, důvod a druh závislosti. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Byl/a jste příjemcem, nebo pobíráte invalidní důchod, je u Vás zahájeno jednání nebo 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"/> | <input type="radio"/> | h) Ledviny, močovo-pohlavní systém nebo prostata (např. záněty, kameny, cysty, onemocnění prostaty a jiné). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Byl/a jste v posledních pěti letech v pracovní neschopnosti déle než 21 dní nebo jste v současné době v pracovní neschopnosti? Pokud ano, uveďte prosím kdy, jak dlouho a důvod. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | i) Játra, žlázy a metabolismus (např. cukrovka, zvýšený cholesterol, zvýšené jaterní testy, DNA, štítná žláza nebo jiná onemocnění žláz s vnitřní sekrecí) anebo revmatoidní onemocnění. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Onemocnění nebo choroby uvedené v závorkách nejsou konečné a slouží jako příklady možných onemocnění na základě konkrétního orgánu. Jste nebo byl/a jste někdy léčen/a nebo hospitalizován/a za posledních pět let pro níže uvedené onemocnění, poruchy zdraví nebo jste příznaky těchto onemocnění, respektive poruchy zdraví zpozoroval/a? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | j) Imunitní systém, chronické infekční nebo virová onemocnění (např. vrozená porucha imunity, hepatitida, tropické choroby, horečky neznámé příčiny a jiné). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | k) Kůže (např. ekzém, svědění, začervenání, alergie a jiné). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | l) Gynekologické onemocnění nebo onemocnění prsou (např. cysty, myomy, adenomy, polypy, dysplazie, poruchy menstruačního cyklu, léčba neplodnosti, císařský řez, rizikové těhotenství, mimoděložní těhotenství a jiné). | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | 11. Máte nebo měl/a jste onkologické či jiné nádorové onemocnění (např. zhoubné i nezhoubné, cysty, myomy a jiné)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | 12. Podrobil/a jste se radioterapii, chemoterapii nebo 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"/> | <input type="radio"/> |
| | | | 13. Bylo Vám vykonané nebo probíhá u Vás vyšetření na zjištění HIV/AIDS? Pokud ano, uveďte prosím důvod, od kdy, výsledek, případně léčbu. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Doplňující informace týkající se zdravotního stavu:

K číslu Druh onemocnění/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/a se Všeobecnými pojistnými podmínkami pro NOVIS „Wealth Insuring“ 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 změn 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 pojištník 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 devíti evropských zemích. Rok 2017 jsme začali s velkým úspěchem v Itálii a zároveň jsme vstoupili na trh ve Švédsku.

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



