novis®

The new world of insurance

DODATEK K POJISTNÉ SMLOUVĚ / NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY

ok UNIVERSUM

Univerzální pojištění pro zdravý a dlouhý život

DODATEK K POJISTNÉ SMLOUVĚ / NÁVRHU POJISTNÉ SMLOUVY
OK Universum

Číslo návrhu - variabilní symbol: 3015

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 ☐ OP ☐ Pas | Číslo dokladu | Státní příslušnost

Korespondenční adresa (ulice, číslo popisné, PSČ, město/obec)

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Technický počátek pojištění (datum počátku pojištění je uveden v Potvrzení o uzavření dodatku k pojistné smlouvě): 01 20

	Pojistná doba	Pojistná částka
Pojištění pro případ smrti		000 Kč
Pojištění pro případ smrti s klesající pojistnou částkou	let	000 Kč
Plnohodnotné pojištění v důsledku úrazu [1]		000 Kč
Pojištění nemocí a operací [2]		000 Kč
Pojištění pro případ invalidity		000 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 a nezbytná doba léčby v důsledku úrazu.

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

OBMYŠLENÉ OSOBY V PŘÍPADĚ SMRTI POJIŠTĚNÉHO

Příjmení, jméno, titul	Datum narození	Podíl v %

celkem 100 %

Originál pro pojišťovnu; 1. kopie pro pojišťovacího zprostředkovatele; 2. kopie pro klienta

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

1. Jaké je Vaše povolání (pracovní náplň)?

2. Jaká je Vaše výška a hmotnost? ☐☐☐ **cm** ☐☐☐ **kg** **3.** Kouříte? ☐ **Ano** ☐ **Ne** ☐☐ Počet ks/den Začali jste kouřit před 18 rokem života? ☐ **Ano** ☐ **Ne**

4. Sportujete? ☐ **Ano** ☐ **Ne** Jaký sport a jak často ? Účastníte se soutěží? ☐ **Ano** ☐ **Ne**

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

6. Užíváte v současnosti nebo užívali jste v minulosti návykové látky (například drogy, alkohol, léky)? Podrobili jste se někdy léčbě, popřípadě byla Vám někdy doporučená, či nařízena léčba ze závislosti na návykových látkách, alkoholu, drogách, lécích, 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 trpěli jste v minulosti 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, žláz s vnitřní sekrecí (např. cukrovka, dna, zvýšený cholesterol, triglyceridy, poruchy funkce štítné žlázy) případně jinými nemocemi metabolismu ☐ **Ano** ☐ **Ne**

c) Játra, 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 nezhoubným nádorovými onemocněními (např. rakovina, myomy, adenomy, lipomy, polypy, cysty) případně jinými druhy nádorových onemocnění ☐ **Ano** ☐ **Ne**

h) Virové, bakteriální, infekční nebo plísňová onemocnění (např. HIV virus, malárie, mononukleóza, Lymská borelióza a jiné) ☐ **Ano** ☐ **Ne**

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

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

9. Byly u Vás zjištěny ne normální (nevyhovující) 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 doporučená hospitalizace za účelem diagnostiky onemocnění,vyšetření, léčení, operace a podobně? ☐ **Ano** ☐ **Ne**

11. Je Vám hospitalizace v současnosti doporučena, případně plánovaná? Pokud ano, přiložte prosím kopii lékařské zprávy ohledně hospitalizace (kromě operace mandlí a slepého střeva). ☐ **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
☐☐			
☐☐			
☐☐			
☐☐			
☐☐			
☐☐			

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 NOVIS Poisťovňa a.s., odštěpný závod (dál jen „pojistitel"), dle potřeby prověřovala 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, 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

Pokud v tomto dodatku u jednotlivých otázek není označena odpověď „ano" ani odpověď „ne", platí jako odpověď „ne".
Tento dodatek dává pojištěný spolu s pojistníkem. Lhůta k přijetí dodatku ze strany pojistitele je dva měsíce ode dne doručení dodatku do sídla pojišťovny, 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 pojišťovny 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 uveden 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

Verze tisku: CZ-0315-BC