

POJIŠTĚNÁ OSOBA

Titul	Datum narození		Rodné číslo
Jméno			Příjmení
Trvalý pobyt - ulice			Číslo popisné
Město / Obec			PSC
Telefon / Mobil			E-mail

Pojistné plnění žádám poukázat na účet:

Korespondenční adresa

(ulice, číslo popisné, PSC, město/obec)

Přiložte prosím kopii občanského průkazu nebo pasu pojištěné osoby, resp. jejího zákonného zástupce z důvodu ověření totožnosti před případným vyplacením pojistného plnění.

ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI NEZLETILÉHO POJIŠTĚNÉHO/POJISTNÍKA

Jméno	Telefon / Mobil
Příjmení	E-mail
Korespondenční adresa	
(ulice, číslo popisné, PSC, město/obec)	

ROZSAH TRVALÝCH NÁSLEDKŮ PO ÚRAZU

Dokument může vypsát pouze ošetřující lékař - specialista, který není v příbuzenském vztahu s pojištěnou osobou.

Datum vzniku a diagnóza úrazu:

Pacient/klient je:	☐ Pravák	☐ Levák
Nastal úraz následkem požití alkoholu nebo jiných návykových či toxických látek?	☐ Ano	☐ Ne
Pokud ano, uveďte druh látky:		
Byla poraněná část těla / orgán poškozena již před úrazem?	☐ Ano	☐ Ne
Pokud ano, uveďte rozsah poškození:		

Uveďte druh a rozsah trvalých následků. Při určování rozsahu omezení pohybu v kloubech uvádějte vždy ve srovnání se zdravou končetinou (v případě jizev uveďte přesný rozměr a charakter):

Je léčba úrazu ukončena a stav trvalých následků ustálený?

☐ Ano ☐ Ne

Datum podpisu a podpis pojištěné
osoby / zákonného zástupceDatum podpisu, podpis a razítko
ošetřujícího lékaře**LÉKAŘ**

Vážená paní doktorko / Vážený pane doktore, uvedené informace jsou potřebné k úplnému posouzení nároku na pojistné plnění. Za přesné a úplné vyplnění tohoto dotazníku Vám vzniká nárok na odměnu ve výši 200 Kč.

V případě neuvedení kompletních údajů nebo nedoložení požadované dokumentace, zaniká právo na výše uvedenou odměnu.

Jméno a příjmení

Číslo účtu

Svým podpisem potvrzuji, že jsem všechny údaje uvedl/a pravdivě a úplně.

Souhlasím, aby NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s., se sídlem Námestie Ľudovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, IČO: 47 251 301, (dále jen „pojistitel“) jako správce zpracovával mé osobní údaje o zdravotním stavu pro účely likvidace pojistné události a v případě potřeby pro znovu posouzení zdravotního stavu, a to po dobu trvání smluvního vztahu se správcem a po dobu, po kterou je možné uplatnit si veškerá práva z ukončeného právního vztahu se správcem. Jsem si vědom/a, že tento souhlas mohu kdykoli odvolat.

Pojištěná osoba nebo kontaktní osoba v případě smrti pojištěného nebo obmyšlená osoba berou na vědomí, že poskytování osobních údajů pojistiteli je vždy

dobrovolné, ale v případě jejich neposkytnutí není možné plnit smluvní závazky, ke kterým se tento souhlas vztahuje.

☐ Ano

☐ Ne

Datum podpisu

Podpis pojištěné osoby