

POJIŠTĚNÝ

Titul	Datum narození	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jméno	Rodné číslo						
Příjmení	Občanství						
Ulice, číslo popisné	PSČ					Obec	
Telefon / Mobil	E-mail						
Doklad totožnosti <input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Pas	Číslo dokladu						
Korespondenční adresa							

POPIS POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datum, čas a místo vzniku pojistné události:

Popis pojistné události:

Dodejte prosím relevantní podklady (diagnóza, lékařské zprávy, propouštěcí zpráva, kopie PN, při smrti pojištěného - úředně ověřený Úmrtní list pojištěného, List o prohlídce mrtvého a statistické hlášení o úmrtí (podrobné lékařské a úřední osvědčení o smrti a její příčině)). Rovněž dodejte kopii občanského průkazu pojištěné osoby anebo zákonného zástupce.

KONTAKTNÍ OSOBA V PŘÍPADĚ POJISTNÉ UDÁLOSTI SMRTI POJIŠTĚNÉHO

Jméno	Příjmení
Telefon/ Mobil	E-mail
Korespondenční adresa	

POJISTNÉ PLNĚNÍ ŽÁDÁM POUKÁZAT NA ÚČET

IBAN	SWIFT
------	-------

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 Ludovíta Štúra 2, 811 02 Bratislava, IČO: 47 251 301 prostřednictvím NOVIS Pojišťovna, odštěpný závod Česká republika (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



Podpis kontaktní osoby
pro případ smrti pojištěného

