

## POJIŠTĚNÝ

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

## 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 | <input type="text"/> |

## POJISTNÉ PLNĚNÍ ŽÁDÁM POUKÁZAT NA ÚČET

|                       |           |
|-----------------------|-----------|
| Číslo bankovního účtu | Kód banky |
|-----------------------|-----------|

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 30,(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

