

# POJIŠTĚNÍ PATRON

## DOTAZNÍK PRO POJIŠTĚNÉHO

Jméno: \_\_\_\_\_

Příjmení: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

Identifikace (rodné číslo / průkaz totožnosti): \_\_\_\_\_

- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Máte pravidelný zdanitelný příjem? (např.: zaměstnanec, OSVČ) .....                    | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 2. Jste částečně či plně práce neschopen? .....   | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 3. Byl jste v posledním roce práce neschopný nebo hospitalizován? .....                   | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 4. Máte u Pojišťovny VZP, a.s., uzavřenu platnou pojistnou smlouvu tohoto produktu? ..... | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |
| 5. Jste pojištěncem VZP ČR? .....   | <input type="checkbox"/> ANO | <input type="checkbox"/> NE |

### Prohlášení pojištěného

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou k datu podpisu úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění. Dále prohlašuji, že v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, souhlasím se zpracováním a využitím mých osobních údajů potřebných k uzavření smlouvy a k plnění závazků z ní vyplývajících. V případě vzniku škodné události souhlasím se získáním, zpracováním a využitím citlivých údajů o mém zdravotním stavu a opravňuji všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po mé smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat. Souhlas dávám ve prospěch Pojišťovny VZP, a.s., a jejích smluvních partnerů v tomto pojištění, a to za účelem plnění závazků vyplývajících ze smlouvy a na dobu jejich platnosti. Své prohlášení stvrzuji podpisem.

\_\_\_\_\_ Datum podpisu

\_\_\_\_\_ Podpis pojištěného (zákonného zástupce)