



POJIŠTĚNÍ PRO PŘÍPAD PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI

DOTAZNÍK PRO POJIŠTĚNÉHO

Jméno: _____

Příjmení: _____

Datum narození: _____

Identifikace (rodné číslo / průkaz totožnosti): _____

1. Máte pravidelný zdanitelný příjem v ČR? (např.: zaměstnanec, OSVČ) ANO NE
2. Jste částečně či plně práce neschopen? ANO NE
3. Byl jste v posledním roce práce neschopný nebo hospitalizován? ANO NE
4. Máte u Pojišťovny VZP, a.s., uzavřenu platnou pojistnou smlouvu tohoto produktu? ANO NE
5. Jste lékař? ANO 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. Pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události prohlašuji, že s poskytnutím údajů o zdravotním stavu souhlasím a opravňuji všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po mé smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat.

Datum podpisu

Podpis pojištěného (zákonného zástupce)