

DOTAZNÍK PRO POJIŠTĚNÉ DÍTĚ k PS č.:

POJIŠTĚNÉ DÍTĚ:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Identifikace:

(rodné číslo / průkaz totožnosti)

Bez vyplnění a podpisu tohoto dotazníku zákonným zástupcem nelze pojištění sjednat! Zvolenou variantu označte křížkem
V případě uzavření pojistné smlouvy je tento vyplněný a podepsaný dotazník její nedílnou přílohou.

DOTAZNÍK:

I. Úrazové pojištění

1. Utrpělo dítě v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Uveďte, jaká část těla byla poškozena?

ANO NE

.....

2. Má dítě u jakékoliv pojišťovny uzavřenu platnou pojistnou smlouvu úrazového pojištění? Uveďte, u které a pojistné částky.

ANO NE

.....

II. Pojištění denních dávek

Má dítě u jakékoliv pojišťovny uzavřenu platnou pojistnou smlouvu pojištění hospitalizace? Uveďte, u které a pojistné částky.

ANO NE

.....

III. Pojištění závažných onemocnění

Byla u dítěte diagnostikována, nebo dítě právě prochází lékařskými vyšetřeními ohledně následujících:

1. zhoubný nádor nebo podezření na zhoubný nádor (na základě příznaků, výsledků lékařského vyšetření nebo na základě laboratorních testů)

ANO NE

.....

2. nějaká srdeční choroba, polycystická nemoc ledvin, polypóza tlustého střeva, zánětlivé onemocnění střev (Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida), jakákoliv forma hepatitidy a cirhózy jater, Barrettův jícen, transplantace orgánu, roztroušená skleróza nebo svalová dystrofie, HIV, porucha krvevotvorby, ztráta sluchu, ztráta zraku (více než -/+ 8 dioptrií)?

ANO NE

.....

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou k datu podpisu úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění. Pokud se ukáže, že uvedené údaje jsou neúplné nebo se nezakládají na pravdě, beru na vědomí, že pojistitel může pojištění plnění snížit, případně od pojistné smlouvy odstoupit. Dále prohlašuji, že souhlasím, pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události, s poskytnutím údajů o mém zdravotním stavu a opravňuji všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po mé smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat. Svě prohlášení stvrzuji podpisem.

Datum:

Podpis zák. zástupce/opatrovníka*:

*JMÉNO, PŘÍJMENÍ A DATUM NAROZENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE/OPATROVNÍKA:
