

# Prohlášení o zdravotním stavu

|                                       |                      |                                                   |                                                   |
|---------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Číslo pojistné smlouvy                | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pojistník / 1. Pojištěný | <input type="checkbox"/> Pojištěný / 2. Pojištěný |
| Příjmení a jméno                      | <input type="text"/> |                                                   |                                                   |
| Datum narození                        | <input type="text"/> | Rodné číslo                                       | <input type="text"/> / <input type="text"/>       |
| Provozované sporty *                  | <input type="text"/> |                                                   |                                                   |
| Povolání (profese, činnost, pozice) * | <input type="text"/> | Odvětví / obor *                                  | <input type="text"/>                              |

\* Tyto kolonky není nutné vyplňovat, jsou-li vyplněny ve formuláři pojistné smlouvy nebo návrhu na změnu pojistné smlouvy k nimž je zdravotní dotazník přílohou.

## Prohlášení o zdravotním stavu

Timto závazně prohlašuji, že do data uzavření pojistné smlouvy včetně jsem dle svého vědomí zdrav(a), nemám žádné zdravotní problémy, není mi diagnostikováno žádné onemocnění a nejsem nebo nemám být ve sledování praktickým či jiným odborným lékařem, neužívám ani nemám užívat žádné léky a neužívám ani jsem neužíval(a) žádné omamné nebo psychotropní látky. Dále prohlašuji, že v období bezprostředně předcházejícím uzavření pojistné smlouvy jsem nepodstoupil(a) žádné lékařské vyšetření, jehož výsledek není ke dni uzavření pojistné smlouvy znám. Současně prohlašuji, že nejsem v pracovní neschopnosti a za uplynulých 12 měsíců jsem nebyl(a) v pracovní neschopnosti delší než 20 po sobě následujících dní a není u mne plánován žádný chirurgický zákrok. Jsem si vědom(a) existence výluky z pojistného plnění dle ustanovení čl. 2 odst. 3. Zvláštních pojistných podmínek ING Smart.

☐ S výše uvedeným souhlasím. ☐ S výše uvedeným nesouhlasím a nedílnou součástí pojistné smlouvy je vyplněný zdravotní dotazník.

Informace uvedené v dotazníku/dotaznicích připojených k této smlouvě slouží k ocenění zdravotního rizika, jsou důvěrné a budou zpracovávány v souladu se ZOOÚ a ZPOJ. **Pojištěný potvrzuje**, že údaje uvedené v dotazníku/dotaznicích jsou úplné a souhlasí s tím, aby je pojišťovna použila jako základ pro posouzení rizika spojeného s pojistnou smlouvou nebo její změnou. Pojistník a pojištěný berou na vědomí, že v případě uzavření pojistné smlouvy nebo změny pojistné smlouvy se tento zdravotní dotazník stává nedílnou součástí pojistné smlouvy a vztahují se na něj všechna příslušná ustanovení Obecných ujednání smlouvy. Pojištěný zplnomocňuje všechny lékaře a zdravotnická zařízení, u kterých byl, je nebo bude léčen či ošetřen, k poskytování úplných informací o jeho zdravotním stavu v případě, že o ně pojišťovna požádá.

v  dne

|              |                                                                                                        |                      |                       |                      |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| IDENTIFIKACE | <b>POJISTNÍK / POJIŠTĚNÝ / 1. POJIŠTĚNÝ / 2. POJIŠTĚNÝ - Totožnost ověřena dle průkazu totožnosti:</b> |                      |                       |                      |
|              | Druh průkazu                                                                                           | Číslo                | Vydáný kým            | Platný do            |
|              | <input type="text"/>                                                                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
|              | Podoba pojistníka / pojištěného / zákonného zástupce souhlasí s fotografií v OP/pasu.                  |                      |                       |                      |
|              | Jméno zákonného zástupce                                                                               | <input type="text"/> |                       |                      |
|              | <b>PORADCE</b>                                                                                         |                      |                       |                      |
|              | Jméno a příjmení osoby pověřené sjednáváním pojištění                                                  |                      |                       |                      |
|              | <input type="text"/>                                                                                   |                      |                       |                      |
|              | Identifikační číslo                                                                                    | Kontaktní telefon    | Registrační číslo ČNB |                      |
|              | <input type="text"/>                                                                                   | <input type="text"/> | <input type="text"/>  |                      |
|              | Podpis poradce                                                                                         |                      |                       |                      |