PRVNÍ AMERICKO-ČESKÁ POJIŠŤOVNA, a.s.
Dceřiná společnost American International Group, Inc. (AIG)
Millennium Plaza, V Celnici 1028/10, 117 21 Praha 1
Tel.: +420 227 111 111 Fax: +420 227 111 777,
IČ: 45794944, zapsána v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 1653

INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU POJIŠTĚNÉHO/POJISTNÍKA/PŘIPOJIŠTĚNÝCH DĚTÍ

Číslo pojistné smlouvy: | Jméno a příjmení pojistníka (plátce pojistného):

Zaměstnán/OSVČ(obchodní firma a obor)

a) Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického lékaře, současného a také dřívějšího, pokud ke změně došlo v průběhu posledního roku; dále uveďte kontaktní údaje dalších odborných lékařů, u kterých je pojištěný/pojistník/připojištěné dítě léčen nebo pravidelně sledován (dispenzarizován). Tyto údaje jsou požadovány v souladu s §50 ust. (1) zákona o pojistné smlouvě.

Pojištěný

Pojistník

b) Výška a váha

	Pojištěný	Pojistník	Dítě I	Dítě II	Dítě III
Výška(cm)					
Váha(kg)					

	Pojištěný	Pojistník
c) Kolik vykouříte cigaret denně? Kouřil(a) jste dříve? Pokud ano, uveďte kolik let, kolik průměrně cigaret/den, od kdy nekouříte.		
d) Požíváte alkoholické nápoje? Uveďte množství, druh a jak často, tj. denně, týdně apod.		

Poznámka: Pokud je odpověď na některou z níže uvedených otázek kladná, uveďte, prosím, podrobnosti na místě k tomu označeném!

	Pojištěný/ Přip. děti ANO	Pojištěný/ Přip. děti NE	Pojistník ANO	Pojistník NE
e) Byla Vám někdy doporučena abstinence nebo jste někdy podstoupil(a) léčbu alkoholové, drogové nebo jakékoliv jiné závislosti?	❒	❒	❒	❒
f) Byl(a) jste někdy nemocen(na) nebo trpíte v současné době	❒	❒	❒	❒
1. vysokým krevním tlakem, chorobami srdce nebo cév, revmatickou horečkou, cukrovkou, cévní mozkovou příhodou (mrtvicí) nebo duševními (psychickými, psychiatrickými) chorobami?	❒	❒	❒	❒
2.rakovinou, plicními chorobami, nervovými poruchami, chorobami zažívacího traktu, onemocněním krve nebo štítné žlázy, onemocnění ledvin?	❒	❒	❒	❒
3.onemocněním páteře, kloubů, zraku nebo sluchu?	❒	❒	❒	❒
4.jinými onemocněními?	❒	❒	❒	❒
g) Byl(a) jste vyšetřován(a) rentgenem, EKG nebo jinak diagnostikován(a) v posledních dvou letech?	❒	❒	❒	❒
h) Bez ohledu na tato vyšetření byl(a) jste u lékaře v posledních dvou letech? Uvažujete vyhledat lékařskou pomoc, podrobit se léčení nebo diagnostickému vyšetření?	❒	❒	❒	❒
i) Máte v současné době nějaké zdravotní potíže nebo jste v současné době na něco léčen(a)? Užíváte trvale nějaké léky? Pokud ano, uveďte jaké.	❒	❒	❒	❒

	Pojištěný/ Přip. děti ANO	Pojištěný/ Přip. děti NE	Pojistník ANO	Pojistník NE
j) Jste v současné době v pracovní neschopnosti?	❒	❒	❒	❒
k) Máte některý z uvedených příznaků, jejichž příčina Vám není známa: průjem, zvětšené mízní uzliny, neobvyklé kožní změny, slabost nebo ztrátu váhy?	❒	❒	❒	❒
l) Podstoupil(a) jste nějakou chirurgickou operaci nebo hospitalizaci (kdy, současný stav)?	❒	❒	❒	❒
m) Utrpěl(a) jste úraz? Pokud ano, uveďte podrobnosti, včetně průběhu léčby a současného stavu.	❒	❒	❒	❒
n) Týká se žen. Jste nyní těhotná? Pokud ano uveďte týden trvání těhotenství	❒	❒	❒	❒
o) Trpíte nějakou tělesnou nebo vrozenou vadou, vadou zraku, sluchu?	❒	❒	❒	❒
p) Má nebo měl někdo z Vašich nejbližších příbuzných cukrovku, vysoký krevní tlak, srdeční chorobu nebo duševní chorobu?	❒	❒	❒	❒
q) Byl Vám někdy přiznán částečný nebo plný invalidní důchod? Uveďte podrobnosti, důvod a odkdy byl tento důchod přiznán.	❒	❒	❒	❒
r) Vyhledal(a) jste někdy lékařské ošetření nebo lékařskou konzultaci v souladu s AIDS nebo s příznaky spojenými s AIDS nebo nemocemi přenášenými pohlavním stykem? Bylo Vám sděleno, že trpíte AIDS?	❒	❒	❒	❒

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE

	Pojištěný ANO	Pojištěný NE	Pojistník ANO	Pojistník NE
a) Zamýšlíte žít v zahraničí, účastnit se nebezpečných činností nebo létat jinak než jako cestující leteckých společností?	❒	❒	❒	❒
b) Účastníte se aktivně organizovaných sportů? Uveďte druh sportu a jakým způsobem (profesionálně, rekreačně, apod.)?	❒	❒	❒	❒
c) Provozujete některou z uvedených aktivit: parašutismus, závěsné létání (rogalo, apod.), kanoistiku, závody na motocyklech, horolezectví, potápění, létání (pilot), nebo jakoukoliv činnost s možností vyššího rizika?	❒	❒	❒	❒

	Pojištěný ANO	Pojištěný NE	Pojistník ANO	Pojistník NE
d) Byl někdy Váš návrh na uzavření životního pojištění odložen, odmítnut nebo přijat se zvláštními podmínkami? Prosím, uveďte datum a společnost.	❒	❒	❒	❒
e) Máte uzavřenou pojistnou smlouvu s AMCICO AIG Life nebo s jinou pojišťovnou? Uveďte název společnosti, typ pojištění a pojistnou částku.	❒	❒	❒	❒

AMCICO AIG Life
První americko-česká pojišťovna, a.s.

0121000W0190904

PRVNÍ AMERICKO-ČESKÁ POJIŠŤOVNA, a.s.
Dceřiná společnost American International Group, Inc. (AIG)
Millennium Plaza, V Celnici 1028/10, 117 21 Praha 1
Tel.: +420 227 111 111 Fax: +420 227 111 777,
IČ: 45794944, zapsána v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 1653

Uveďte, prosím, podrobné informace týkající se všech kladných odpovědí, trvání nemocí, závěrů lékařů, adresy zdravotnických zařízení, kde a kdy (rok) jste se léčil(a), jména a adresy Vašich současných lékařů:

Důležité: Neuvedení všech známých a podstatných skutečností pojištěným i pojistníkem bude mít za následek, že žádost pojistníka o provedení změny v pojistné smlouvě nebude pojistitelem akceptována. Podstatné skutečnosti jsou takové, které mohou mít vliv na rozhodnutí o přijetí tohoto návrhu. Pokud máte pochybnosti, zda se v daném případě jedná o podstatnou skutečnost, uveďte tyto pochybnosti výše.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji tímto, že veškeré údaje v této žádosti pojistníka (pojištěného) o provedení změny v pojistné smlouvě (dále jen „žádost") jsem uvedl(a) pravdivě a úplně podle svých nejlepších vědomostí. Souhlasím s tím, že jakékoli prohlášení učiněné v této žádosti, včetně jakýchkoli dalších prohlášení adresovaných písemně pojistiteli nebo lékaři pojistitele, tvoří součást pojistné smlouvy mezi mnou a pojistitelem. Beru na vědomí, že změna pojistné smlouvy se stane platnou po schválení této žádosti. Po přijetí žádosti a provedení změny v pojistné smlouvě bude pojišťovnou vydán dodatek o změně pojistné smlouvy a pojišťovna je trvale zproštěna jakýchkoli závazků, nároků nebo požadavků vyplývajících z původní pojistné smlouvy.

Tímto opravňuji každého lékaře, nemocnici, pojišťovací společnost nebo osobu, která disponuje informacemi o pojišťovaných osobách a jejich zdravotním stavu, k poskytnutí veškerých informací, které by jakýmkoliv způsobem mohly sloužit k určení pojistného rizika a k posouzení pojistné události. Kopie tohoto oprávnění má stejnou platnost jako originál a oprávnění k vyžádání si zdravotních údajů nezaniká smrtí pojištěného. Pokud nejsou údaje o pojištěných osobách v tomto návrhu napsány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a jsou pravdivé.

TÍMTO PODPISEM POTVRZUJI SVŮJ SOUHLAS SE VŠEMI ÚDAJI VE VŠECH ČÁSTECH TOHOTO TISKOPISU.

V_____ dne_____

_____
Pojištěný

_____
Svědek/pojišťovací zprostředkovatel

_____
Pojistník (zákonný zástupce)

_____
Pojistník
(podpis pouze v případě změny pojistníka)

0121000W0190904