

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji tímto, že veškeré údaje v tomto návrhu pojistníka (pojištěného) na změnu pojistné smlouvy (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 PODPÍSEM POTVRZUJI SVŮJ SOUHLAS SE VŠEMI ÚDAJI VE VŠECH ČÁSTECH TOHOTO TISKOPISU.

V

dne

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pojištěný

Svěddek/pojišťovací zprostředkovatel

Pojistník
(zákonný zástupce)

Pojistník
(podpis pouze v případě změny pojistníka)