



# A7 - Dodatečné otázky k rezidenčním rizikům /



k návrhu na pojištění číslo

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

## Pojištěný

Příjmení	Jméno	Datum narození							
----------	-------	----------------	--	--	--	--	--	--	--

## Všeobecné

Máte trvalý pobyt na území ČR? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ne, uveďte místo trvalého pobytu v zahraničí
Budete při plnění svých pracovních povinností cestovat na území ČR? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> do 33 % <input type="checkbox"/> více než 33 %
Pokud ano, jakou část pracovní doby strávíte v dopravních prostředcích?	
Uveďte prosím, detailní popis Vašich pracovních povinností	

## Zahraniční pracovní pobyty, služební cesty

Budete při plnění svých pracovních povinností pracovat v zahraničí nebo cestovat do zahraničí? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pokud ano, uveďte detaily:	
Místo pobytu	Předpokládaná doba pobytu (počet dnů/roků)
<input type="checkbox"/> státy EU/EEA <sup>1)</sup> , Švýcarsko	<input type="checkbox"/> do 3 měsíců <input type="checkbox"/> 3-6 měsíců <input type="checkbox"/> 7-12 měsíců <input type="checkbox"/> více než 12 měsíců
<input type="checkbox"/> USA, Kanada, Austrálie	<input type="checkbox"/> do 3 měsíců <input type="checkbox"/> 3-6 měsíců <input type="checkbox"/> 7-12 měsíců <input type="checkbox"/> více než 12 měsíců
<input type="checkbox"/> Ostatní	<input type="checkbox"/> do 3 měsíců <input type="checkbox"/> 3-6 měsíců <input type="checkbox"/> 7-12 měsíců <input type="checkbox"/> více než 12 měsíců
Uveďte místo pobytu	
Jaký dopravní prostředek budete používat k přepravě do ciziny	
Přesný popis pracovní činnosti v zahraničí	
Název zaměstnavatele v zahraničí	
Sídlo zaměstnavatele (země, město/popis místa)	

## Ostatní cesty do zahraničí

Máte v úmyslu vycestovat v následujících dvou letech mimo území ČR na dobu delší než 3 měsíce? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Pokud ano, uveďte detaily:		
Země	Místo pobytu, země	Předpokládaná doba pobytu

## Zdravotní péče

Máte v cizině zajištěnou zdravotní péči?	
Pokud ano, kde	
V jakém zařízení	V jaké vzdálenosti

1.L.10.16 06/2009

<sup>1)</sup> Členy EU jsou od 1. 1. 2007 státy Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Irsko, Itálie, Lucembursko, Nizozemsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Španělsko, Švédsko, Spojené království Velké Británie a Severního Irsku, Česká republika, Estonsko, Kypr, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Polsko, Slovensko, Slovinsko, Bulharsko a Rumunsko. Členskými státy EEA jsou kromě států EU také státy Island, Lichtenštejnsko, Norsko



## Příloha

Uveďte případně další informace, které jsou podstatné pro odhad velikosti rizik souvisejících s pobytem v zahraničí.

## Změny údajů

Očekáváte nebo plánujete do budoucnosti nějaké změny, které sníží nebo zvýší riziko související s pobytem v zahraničí?  
Pokud ano, uveďte prosím podrobnosti.

## Prohlášení

Potvrzuji, že jsem četl a rozuměl všem otázkám a že mnou uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Jsem si vědom toho, že uvedení nepravdivých či neúplných údajů může mít vliv na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění a pojistitel by mohl od pojistné smlouvy odstoupit. Odstoupením od pojistné smlouvy se smlouva od počátku ruší.

Přílohy		Podpisy												
<input type="checkbox"/> Osobní dotazník		Datum podpisu	Podpis pojištěného	Podpis pojistníka										
<input type="checkbox"/> Další přílohy		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Celkový počet příloh	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Místo										
Kontrolu provedl _____														
Zástupce pojistitele č. (na základě plné moci)		Datum podpisu	Místo	Podpis										