



## Prohlášení pojištěného

Pojištěný svým podpisem prohlašuje, že v době podpisu žádosti o změnu pojistné smlouvy R3 není v pravidelné lékařské péči nebo pod pravidelným lékařským dohledem v důsledku úrazu nebo zjištěného onemocnění a ani mu lékařský dohled nebyl doporučený, a že není v současné době práceneschopný. Dále svým podpisem potvrzuje, že poslední Osobní dotazník, který doručil pojistiteli, obsahuje aktuální údaje, které jsou v plném rozsahu identické se skutečným stavem ke dni podpisu žádosti o změnu pojistné smlouvy R3, a že žádný z těchto údajů není změněný a žádná změněná skutečnost v posledním Osobním dotazníku nechybí. Zároveň prohlašuje, že nemá neobjasněné zdravotní potíže a v nejbližší době se nechystá podstoupit operaci. Pojištěný dále potvrzuje, že si je 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.

Ano  Ne

Označíte-li NE, přiložte, prosím, Osobní dotazník. Prohlášení je možné akceptovat pouze v případě, že předcházející Osobní dotazník, odpovídající aktuálním skutečnostem, není starší než 2 roky od podpisu této žádosti o změnu pojistné smlouvy R3.

## Identifikace účastníků obchodu provedena dle níže uvedeného průkazu totožnosti

\*nehodící se škrtněte

Pojistník:

Druh OP/Pas\*

Číslo:

Datum vydání:

Platnost do:

Vydal:

Pojištěný:

Druh OP/Pas\*

Číslo:

Datum vydání:

Platnost do:

Vydal:

### Přílohy

<input type="checkbox"/> Osobní dotazník	
<input type="checkbox"/> Další přílohy	
Celkový počet příloh	<input type="text"/>

### Podpisy

Datum podpisu	<input type="text"/>
Místo	<input type="text"/>

Podpis pojištěného	<input type="text"/>
--------------------	----------------------

Podpis pojistníka	<input type="text"/>
-------------------	----------------------

### Kontrolu provedl

Zástupce pojistitele č. (na základě plné moci)	Datum podpisu	Místo	Podpis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>