



A5 - Otázky pro speciální sporty



k návrhu číslo

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

(s výjimkou létání, motosportu, potápění a horolezectví)

Pojištěný

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

Všeobecné otázky

Přesně popište aktivity, které provozujete

Aktivity provozujete od	Název klubu, kde jste registrován	Členem klubu od

<input type="checkbox"/> hoby/amatér	<input type="checkbox"/> profesionál	<input type="checkbox"/> voják
Na úrovni		
<input type="checkbox"/> mezinárodní	<input type="checkbox"/> národní	<input type="checkbox"/> regionální

Nehody/úrazy	Když ano, uveďte počet	Kdy (rok)?
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Příčina nehody

Následky

Osvědčení - Zkušenosti - Aktivita

Jaké kvalifikace/certifikáty/licence jste získal? (přiložte prosím kopii - průkazu/certifikace/licence)

Odkdy jste jejich držitelem	Kde jste je získal

Byla Vám někdy odebrána licence/průkaz?	Když ano, uveďte důvod	Kdy (rok)?
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Popište Vaše zkušenosti v provozovaném sportu/aktivitě



Doba, četnost

Uvedte dobu věnovanou sportu/aktivitě
Celkem k aktuálnímu datu

V posledních 12 měsících

Odhad pro následujících 12 měsíců

Uvedte, jaké bezpečnostní opatření při provozování sportu/aktivity používáte

Příloha

Uvedte případně další informace, které jsou podstatné pro odhad velikosti rizik souvisejících s provozovanou aktivitou.

Změny údajů

Očekáváte nebo plánujete do budoucna nějaké změny, které sníží nebo zvýší riziko související s provozovanou aktivitou?

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.

Datum a místo

Podpis pojištěného

Ověření provedl

Zástupce pojistitele číslo
(na základě plné moci)

Datum a místo

Podpis zástupce pojistitele