

## Zdravotní dotazník

včetně souhlasu se zpracováním osobních údajů o zdravotním stavu

Číslo pojistné  
smlouvy

0 2 6 3 4 5 1 2 6 5

Číslo obchodního  
případu

ZAJEMCE/  
POJIŠTĚNÝ

Příjmení / Jméno /  
Titul

Rodné  
číslo

Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho **současného**  
**praktického lékaře a odborného lékaře (navštěvujete-li)**

SOUHLAS  
OSOBNÍ ÚDAJE

Souhlasíte s tím, abychom zpracovávali osobní údaje o Vašem zdravotním stavu? ANO  NE

Na základě tohoto souhlasu bude Generali Česká pojišťovna a.s. jako správce osobních údajů zpracovávat údaje o Vašem zdravotním stavu, je-li to nezbytné pro předšmluvní jednání (posouzení pojistného rizika) a sjednání pojištění nebo změnu pojištění. Tento souhlas je udělován na dobu do sjednání pojištění, resp. do sjednání jeho změny.

Váš souhlas je dobrovolný, až do okamžiku sjednání pojištění ho můžete odvolat, ale v takovém případě s Vámi nemůžeme pojištění nebo jeho změnu sjednat. Podrobnosti týkající se zpracování osobních údajů jsou dostupné na [www.generaliceska.cz](http://www.generaliceska.cz) v sekci Osobní údaje a dále na obchodních místech Generali České pojišťovny a.s.

ZAKLADNÍ ČÁST

**Jako zájemce o pojištění (pojištěný) jste povinen uvést všechny údaje úplně a pravdivě, a to i taková onemocnění, která se Vám jeví jako nepodstatná, neboť všechny odpovědi mají význam pro rozhodnutí pojistitele, jak bude ohodnoceno pojistné riziko, zda a za jakých podmínek jej pojistí. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojištění nebo na plnění pojistitele v případě pojistné události.**

**Část A Je-li přikládán zdravotní dotazník pouze z důvodu sjednání úrazového pojištění nad limity stanovené pojistitelem, vyplňte otázky 1 – 7b.**

V ostatních případech je nutné vyplnit všechny otázky. Odpovívejte-li na jakoukoli otázku ANO, rozveďte v části B.

Vaše současná hmotnost

kg

a výška

cm

Zaškrtněte  
ANO NE

Pokud kouříte, uveďte  
počet let

a počet cigaret  
denně

Zaškrtněte  
ANO NE

1. Jste v současné době v pracovní neschopnosti?

2. Jste v současné době léčen(a) či vyšetřován(a) pro nemoc nebo úraz?

3. Vyžadovala Vaše nemoc či úraz v posledních 10 letech pobyt nebo léčení v nemocnici nebo jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?

4. Byl(a) jste v posledních 10 letech operován(a) pro nemoc či úraz nebo je operace v současné době plánována nebo doporučena?

5. Utrpěl(a) jste úraz v posledních 10 letech s dobou léčení delší než 4 týdny?

6. Utrpěl(a) jste úraz, který zanechal trvalé následky?

7. Uveďte, zda jste nebo jste byl(a) v průběhu svého života sledován(a) nebo léčen(a) pro nemoci:

a) páteře, kostí, kloubů, svalů a kůže (např. bolesti páteře, revmatismus, dna, ortopedické vady, lupénka, atopický ekzém)

b) očí, uší (např. slepota, hluchota)

Uveďte, pokud máte více než 7 dioptrií:

pravé

levé

c) srdce a cév (např. vysoký nebo kolísavý krevní tlak, porucha srdečního rytmu, srdeční infarkt, mrtvice, embolie, trombóza, srdeční vady, zánět žil, křečové žíly, bérčový vřed)

d) plic a dýchacích cest (např. astma, tuberkulóza, chronický zánět průdušek)

e) jícnu, žaludku, střev, konečníku, jater, žlučníku, slinivky, sleziny

f) ledvin, močových cest, prostaty, prsu, dělohy, vaječníků, vejcovodu

g) štítné žlázy a metabolismu (např. cukrovka, zvýšený cholesterol)

h) krve a mízních uzlin, imunity (např. anémie, únavový syndrom)

i) nervové (např. roztroušená skleróza, epilepsie, migréna, bolesti hlavy), duševní (i poruchy chování)

j) rakovinu a jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy)

k) infekční (mimo angíny, chřipky a virózy), tropické, pohlavní, HIV pozitivita, vrozené vady

l) jiné, zde neuvedené nemoci (mimo angíny, chřipky, virózy apod.)

8. Trpíte zdravotními obtížemi, pro které nejste sledován(a) ani léčen(a)?

9. Byl(a) jste v posledních 3 letech tři nebo více týdnů nepřetržitě léčen(a) nebo v pracovní neschopnosti?

10. Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 3 letech?

11. Byl Vám přiznán částečný nebo plný invalidní důchod, invalidita prvního, druhého nebo třetího stupně nebo řízení o přiznání invalidity probíhá?

12. Jste / byl jste závislý na alkoholu, hráchství nebo vám byla v této souvislosti doporučena léčba? Užíval jste / užíváte drogy?

UPŘESNĚNÍ

**Část B Upřesnění z části A nemoci, úrazů, invalidního důchodu – pokud nedostačuje prostor, pokračujte na volný list papíru označený číslem pojistné smlouvy a podpisem zájemce o pojištění (pojištěného).**

Pokud jste na některou otázku v části A odpověděl(a) ANO, uveďte a upřesněte u nemoci počátek, léčbu a ukončení léčení, u úrazu jeho datum a léčbu, u invalidity rok a **důvod jejího přiznání.**

číslo  
otázky

nemoc, úraz

počátek, délka trvání,  
ukončení (měs./rok)

léčba (léky, u operace měs./rok)  
důvod invalidity

léčba ukončena  
ANO NE

číslo otázky	nemoc, úraz	počátek, délka trvání, ukončení (měs./rok)	léčba (léky, u operace měs./rok) důvod invalidity	léčba ukončena ANO NE
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

ZÁVAŽNÁ  
ONEMOCNĚNÍ

**Povinné pouze při sjednání pojištění závažných onemocnění.**

13. Měli Vaši rodiče nebo sourozenci některou z těchto chorob: vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, cukrovku, cévní příhodu, nemoci ledvin, zvýšený cholesterol, nádorové onemocnění, vrozenou vadu s počátkem onemocnění do 60 let věku? Pokud ANO, uveďte níže název nemoci nebo příčinu smrti: ANO  NE

matka

otec

sourozenci



Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné a v odpovědích jsem nezatajil(a) nic podstatného. Pokud nejsou odpovědi psány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a že jsou pravdivé. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může pojistitel dle § 2808 a § 2809 občanského zákoníku od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění, případně dle ustanovení § 2800 občanského zákoníku pojistné plnění přiměřeně snížit. Tento zdravotní dotazník je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj zdravotní stav nebo příčinu smrti u lékařů, zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, záchranné služby a zařízení poskytujících zdravotní péči (dále společně jen „lékaři“), u kterých jsem se dosud léčil(a), event. se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem uzavření pojistné smlouvy, případně změny pojistné smlouvy, zejména pro stanovení výše pojistného rizika a výše pojistného, a dále pro šetření pojistných událostí, a to i v době po mé smrti. Zmocňuji pojistitele k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě (a pořizování výpisů či opisů z ní) a zprůšťuji pro tyto účely lékaře, orgány sociálního zabezpečení a orgány činné v trestním řízení mlčenlivosti o mém zdravotním stavu. Zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění. Zavazuji se bez zbytečného odkladu zajistit na výzvu pojistitele veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními.

Jméno a příjmení zájemce  
o pojištění (pojistěného)

Rodné  
číslo

V

KARLOVÝCH VARECH

dne

3.11.2023



## Zdravotní dotazník

včetně souhlasu se zpracováním osobních údajů o zdravotním stavu

Číslo pojistné smlouvy

0 2 6 3 4 5 1 2 6 5

Číslo obchodního případu

ZAJEMCE/  
POJIŠTĚNÝ

Příjmení / Jméno /  
Titul

Rodné  
číslo

Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho současného  
praktického lékaře a odborného lékaře (navštěvujete-li)

SOUHLAS  
OSOBNÍ ÚDAJE

Souhlasíte s tím, abychom zpracovávali osobní údaje o Vašem zdravotním stavu? ANO

Na základě tohoto souhlasu bude Generali Česká pojišťovna a.s. jako správce osobních údajů zpracovávat údaje o Vašem zdravotním stavu, je-li to nezbytné pro předmluvní jednání (posouzení pojistného rizika) a sjednání pojištění nebo změnu pojištění. Tento souhlas je udělován na dobu do sjednání pojištění, resp. do sjednání jeho změny.

Váš souhlas je dobrovolný, až do okamžiku sjednání pojištění ho můžete odvolat, ale v takovém případě s Vámi nemůžeme pojištění nebo jeho změnu sjednat. Podrobnosti týkající se zpracování osobních údajů jsou dostupné na [www.generaliceska.cz](http://www.generaliceska.cz) v sekci Osobní údaje a dále na obchodních místech Generali České pojišťovny a.s.

Jako zájemce o pojištění (pojištěný) jste povinen uvést všechny údaje úplně a pravdivě, a to i taková onemocnění, která se Vám jeví jako nepodstatná, neboť všechny odpovědi mají význam pro rozhodnutí pojistitele, jak bude ohodnoceno pojistné riziko, zda a za jakých podmínek jej pojistí. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojištění nebo na plnění pojistitele v případě pojistné události.

Část A Je-li přikládán zdravotní dotazník pouze z důvodu sjednání úrazového pojištění nad limity stanovené pojistitelem, vyplňte otázky 1 – 7b.

V ostatních případech je nutné vyplnit všechny otázky. Odpovíte-li na jakoukoli otázku ANO, rozvedte v části B.

Vaše současná hmotnost

kg

a výška

cm

Zaškrtněte  
ANO NE

Pokud kouříte, uveďte

počet let

a počet cigaret

denně

Zaškrtněte  
ANO NE

1. Jste v současné době v pracovní neschopnosti?

2. Jste v současné době léčen(a) či vyšetřován(a) pro nemoc nebo úraz?

3. Vyžadovala Vaše nemoc či úraz v posledních 10 letech pobyt nebo léčení v nemocnici nebo jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?

4. Byl(a) jste v posledních 10 letech operován(a) pro nemoc či úraz nebo je operace v současné době plánována nebo doporučena?

6. Utrpěl(a) jste úraz, který zanechal trvalé následky?

7. Uveďte, zda jste nebo jste byl(a) v průběhu svého života sledován(a) nebo léčen(a) pro nemoci:

a)

b) očí, uší (např. slepota, hluchota)

Uveďte, pokud máte více než 7 dioptrií:

pravé

levé

oko

c)

d) plíc a dýchacích cest (např. astma, tuberkulóza, chronický zánět průdušek)

e) jícnu, žaludku, střev, konečníku, jater, žlučníku, slinivky, sleziny

f) ledvin, močových cest, prostaty, prsu, dělohy, vaječníků, vejcovodů

g) štítné žlázy a metabolismu (např. cukrovka, zvýšený cholesterol)

h) krve a mízních uzlin, imunity (např. anémie, únavový syndrom)

i) nervové (např. roztroušená skleróza, epilepsie, migréna, bolesti hlavy), duševní (i poruchy chování)

j) rakovinu a jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy)

k) infekční (mimo angíny, chřipky a virózy), tropické, pohlavní, HIV pozitivita, vrozené vady

8. Upráve zdravotními obtížemi, pro které nejste sledován(a) ani léčen(a)?

9. Byl(a) jste v posledních 3 letech tři nebo více týdnů nepřetržitě léčen(a) nebo v pracovní neschopnosti?

10. Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 3 letech?

11. Byl Vám přiznán částečný nebo plný invalidní důchod, invalidita prvního druhého nebo třetího stupně nebo řízení o přiznání invalidity probíhá?

12. Jste / byl jste závislý na alkoholu, hráčství nebo vám byla v této souvislosti doporučena léčba? Užíval jste / užíváte drogy?

ZAKLADNÍ ČÁST

Část B Upřesnění z části A nemoci, úrazů, invalidního důchodu – pokud nedostačuje prostor, pokračujte na volný list papíru označený číslem pojistné smlouvy a podpisem zájemce o pojištění (pojištěného).

Pokud jste na některou otázku v části A odpověděl(a) ANO, uveďte a upřesněte u nemoci počátek, léčbu a ukončení léčení, u úrazu jeho datum a léčbu, u invalidity rok a důvod jejího přiznání.

číslo  
otázky

nemoc, úraz

počátek, délka trvání,  
ukončení (més./rok)

léčba (léky, u operace měs./rok)  
důvod invalidity

léčba ukončena  
ANO NE

UPŘESNĚNÍ

ZÁVAZNÁ  
ONEMOCNĚNÍ

Povinné pouze při sjednání pojištění závažných onemocnění.

13. Měli Vaši rodiče nebo sourozenci některou z těchto chorob: vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, cukrovku, cévní příhodu, nemoci ledvin, zvýšený cholesterol, nádorové onemocnění, vrozenou vadu s počátkem onemocnění do 60 let věku? Pokud ANO, uveďte níže název nemoci nebo příčinu smrti:

ANO  NE

matka

otec

sourozenci

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné a v odpovědích jsem nezatajil(a) nic podstatného. Pokud nejsou odpovědi psány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a že jsou pravdivé. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může pojistitel dle § 2808 a § 2809 občanského zákoníku od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění, případně dle ustanovení § 2800 občanského zákoníku pojistné plnění přiměřeně snížit. Tento zdravotní dotazník je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj zdravotní stav nebo příčinu smrti u lékařů, zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, záchranné služby a zařízení poskytujících zdravotní péči (dále společně jen „lékaři“), u kterých jsem se dosud léčil(a), event. se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem uzavření pojistné smlouvy, případně změny pojistné smlouvy, zejména pro stanovení výše pojistného rizika a výše pojistného, a dále pro šetření pojistných událostí, a to i v době po mé smrti. Zmocňuji pojistitele k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě (a pořizování výpisů či opisů z ní) a zprošťuji pro tyto účely lékaře, orgány sociálního zabezpečení a orgány činné v trestním řízení mlčenlivosti o mém zdravotním stavu. Zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění. Zavazuji se bez zbytečného odkladu zajistit na výzvu pojistitele veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními.

Jméno a příjmení zájemce  
o pojištění (pojištěného)

Rodné  
číslo

v

KARLJOVYCH VARECH

dne

3.11.23



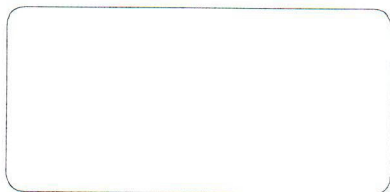


# Zdravotní dotazník

včetně souhlasu se zpracováním osobních údajů o zdravotním stavu

Číslo pojistné smlouvy 0 2 6 3 4 5 1 2 6 5

Číslo obchodního případu



ZAJEMCE/ POJIŠTĚNÝ

Příjmení / Jméno / Titul, Rodné číslo, Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho současného praktického lékaře a odborného lékaře (navštěvujete-li)

SOUHLAS OSOBNÍ ÚDAJE

Souhlasíte s tím, abychom zpracovávali osobní údaje o Vašem zdravotním stavu? ANO NE

Na základě tohoto souhlasu bude Generali Česká pojišťovna a.s. jako správce osobních údajů zpracovávat údaje o Vašem zdravotním stavu, je-li to nezbytné pro předšlupivní jednání (posouzení pojistného rizika) a sjednání pojištění nebo změnu pojištění. Tento souhlas je udělován na dobu do sjednání pojištění, resp. do sjednání jeho změny.

ZÁKLADNÍ ČÁST

Jako zájemce o pojištění (pojištěný) jste povinen uvést všechny údaje úplně a pravdivě, a to i taková onemocnění, která se Vám jeví jako nepodstatná, neboť všechny odpovědi mají význam pro rozhodnutí pojistitele, jak bude ohodnoceno pojistné riziko, zda a za jakých podmínek jej pojistí. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojištění nebo na plnění pojistitele v případě pojistné události.

Část A Je-li přikládán zdravotní dotazník pouze z důvodu sjednání úrazového pojištění nad limity stanovené pojistitelem, vyplňte otázky 1 – 7b.

V ostatních případech je nutné vyplnit všechny otázky. Odpovíte-li na jakoukoli otázku ANO, rozveďte v části B.

Vaše současná hmotnost kg a výška cm, Zaškrtněte ANO NE, Pokud kouříte, uveďte počet let a počet cigaret denně, Zaškrtněte ANO NE

- 1. Jste v současné době v pracovní neschopnosti?
2. Jste v současné době léčen(a) či vyšetřován(a) pro nemoc nebo úraz?
3. Vyžadovala Vaše nemoc či úraz v posledních 10 letech pobyt nebo léčení v nemocnici nebo jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?
4. Byl(a) jste v posledních 10 letech operován(a) pro nemoc či úraz nebo je operace v současné době plánována nebo doporučena?
5. Utrpěl(a) jste úraz v posledních 10 letech s dobou léčení delší než 4 týdny?
6. Utrpěl(a) jste úraz, který zanechal trvalé následky?
7. Uveďte, zda jste nebo jste byl(a) v průběhu svého života sledován(a) nebo léčen(a) pro nemoci:
a) páteře, kostí, kloubů, svalů a kůže (např. bolesti páteře, revmatismus, dna, ortopedické vady, lupénka, atopický ekzém)
b) očí, uší (např. slepota, hluchota)
Uveďte, pokud máte více než 7 dioptrií:
pravé oko, levé oko
c) srdce a cév (např. vysoký nebo kolísavý krevní tlak, poruchy srdečního rytmu, srdeční infarkt, mrtvice, embolie, trombóza, srdeční vady, zánět žil, křečové žíly, bérčoviny vřed)
d) plic a dýchacích cest (např. astma, tuberkulóza, chronicky zánět průdušek)
e) jícnu, žaludku, střev, konečníku, jater, žlučníku, slinivky, sleziny
f) ledvin, močových cest, prostaty, prsu, dělohy, vaječníků, vejcovodů
g) štítné žlázy a metabolismu (např. cukrovka, zvýšený cholesterol)
h) krve a mízních uzlin, imunity (např. anémie, únavový syndrom)
i) nervové (např. roztroušená skleróza, epilepsie, migréna, bolesti hlavy), duševní (i poruchy chování)
j) rakovinu a jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy)
k) infekční (mimo angíny, chřipky a virózy), tropické, pohlavní, HIV pozitivita, vrozené vady
l) jiné, zde neuvedené nemoci (mimo angíny, chřipky, virózy apod.)
8. Trpíte zdravotními obtížemi, pro které nejste sledován(a) ani léčen(a)?
9. Byl(a) jste v posledních 3 letech tři nebo více týdnů nepřetržitě léčen(a) nebo v pracovní neschopnosti?
10. Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 3 letech?
11. Byl Vám přiznán částečný nebo plný invalidní důchod, invalidita prvního, druhého nebo třetího stupně nebo řízení o přiznání invalidity probíhá?
12. Jste / byl jste závislý na alkoholu, hráčství nebo vám byla v této souvislosti doporučena léčba? Užíval jste / užíváte drogy?

UPŘESNĚNÍ

Část B Upřesnění z části A nemocí, úrazů, invalidního důchodu – pokud nedostačuje prostor, pokračujte na volný list papíru označený číslem pojistné smlouvy a podpisem zájemce o pojištění (pojištěného).

Pokud jste na některou otázku v části A odpověděl(a) ANO, uveďte a upřesněte u nemoci počátek, léčbu a ukončení léčení, u úrazu jeho datum a léčbu, u invalidity rok a důvod jejího přiznání.

Table with 5 columns: číslo otázky, nemoc, úraz, počátek, délka trvání, ukončení (měs./rok), léčba (léky, u operace měs./rok), důvod invalidity, léčba ukončena ANO NE

ZÁVAZNÁ ONEMOCNĚNÍ

Povinné pouze při sjednání pojištění závažných onemocnění.

13. Měli Vaši rodiče nebo sourozenci některou z těchto chorob: vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, cukrovku, cévní příhodu, nemoci ledvin, zvýšený cholesterol, nádorové onemocnění, vrozenou vadu s počátkem onemocnění do 60 let věku? Pokud ANO, uveďte níže název nemoci nebo příčinu smrti: ANO NE

matka, otec, sourozenci

99.5.00.003 07.2020 v02



TC45015000013

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné a v odpovědích jsem nezatajil(a) nic podstatného. Pokud nejsou odpovědi psány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a že jsou pravdivé. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může pojistitel dle § 2808 a § 2809 občanského zákoníku od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění, případně dle ustanovení § 2800 občanského zákoníku pojistné plnění přiměřeně snížit. Tento zdravotní dotazník je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj zdravotní stav nebo příčinu smrti u lékařů, zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, záchranné služby a zařízení poskytujících zdravotní péči (dále společně jen „lékaři“), u kterých jsem se dosud léčil(a), event. se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem uzavření pojistné smlouvy, případně změny pojistné smlouvy, zejména pro stanovení výše pojistného rizika a výše pojistného, a dále pro šetření pojistných událostí, a to i v době po mé smrti. Zmocňuji pojistitele k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě (a pořizování výpisů či opisů z ní) a zprošťuji pro tyto účely lékaře, orgány sociálního zabezpečení a orgány činné v trestním řízení mlčenlivosti o mém zdravotním stavu. Zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění. Zavazuji se bez zbytečného odkladu zajistit na výzvu pojistitele veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními.

Jméno a příjmení zájemce  
o pojištění (pojištěného)

[REDACTED]

Rodné  
číslo

[REDACTED]

V

KARLOVÝCH VARECH

dne

3.11.2023

[REDACTED]

Podpis zájemce o pojištění (pojištěného)