

## A5

### Otázky pre špeciálne športy k návrhu zmluvy / poisťnej zmluve číslo

(s výnimkou lietania, motoristického športu, potápania a horolezectva)

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

#### Poistený

Priezvisko	Meno	Dátum narodenia																	
------------	------	-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

#### Všeobecné

Presne popíšte aktivity, ktoré vykonávate

Aktivity vykonávate od	Názov klubu, v ktorom ste registrovaný	Členom klubu ste od

Hobby / Amatér
  Profesionál
  Vojak

Na úrovni  
 Medzinárodnej
  Národnej
  Regionálnej

Nehody / Úrazy	Ak áno, uveďte počet	Kedy (rok)?
<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		

Príčina nehody / úrazu

Následky

#### Osvedčenie / Skúsenosti / Aktivita

Aké kvalifikácie / certifikáty / licencie ste získali? **Priložte, prosím, kópiu preukazu / certifikátu / licencie.**

Odkedy ste ich držiteľom?	Kde ste ich získali?

Bola vám niekedy odobraná licencia / preukaz?	Ak áno, uveďte dôvod.	Kedy (rok)?
<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		

Popíšte vaše skúsenosti vo vykonávanom športe / aktivite



## Doba / Početnosť

Uveďte dobu venovanú športu / aktivite

Celkom k aktuálnemu dátumu

V posledných 12 mesiacoch

Odhad na nasledujúcich 12 mesiacov

Uveďte, aké bezpečnostné opatrenia pri vykonávaní športu / aktivity používate

## Príloha

Uveďte ďalšie informácie, ktoré sú podstatné pre odhad veľkosti rizík súvisiacich s vykonávanou aktivitou

## Zmeny údajov

Očakávate, alebo plánujete do budúcnosti nejaké zmeny, ktoré znížia alebo zvýšia riziko súvisiace s vykonávanou aktivitou? Ak áno, uveďte, prosím, podrobnosti.

## Prehlásenie

Potvrdzujem, že som čítal(a) a rozumel(a) všetkým otázkam, a že mnou uvedené údaje sú pravdivé a úplné. Som si vedomý(á) toho, že uvedenie nepravdivých alebo neúplných údajov môže mať vplyv na povinnosť poisťovateľa poskytnúť poisťné plnenie a poisťovateľ by mohol od poisťnej zmluvy odstúpiť. Odstúpením od poisťnej zmluvy sa zmluva od začiatku ruší.

## Prílohy

Počet príloh

--	--	--

## Podpisy

Dátum podpisu

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

Miesto

Podpis poisťníka

Podpis poisteného

## Kontrolu vykonal

Zástupca poisťovateľa číslo  
(na základe splnomocnenia)

Dátum podpisu

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

Miesto

Podpis a telefónne číslo  
zástupcu poisťovateľa