

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Karadžičova 17,
 825 22 Bratislava 26, SR
 IČO: 31 383 408 • DIČ: 2020843561,
 IČ pre DPH: SK 2020843561
 Obchodný register Okresného súdu
 Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO HODNOTA ŽIVOTA - RIZIKOVÉ ŽIVOTNÉ POISTENIE

POISTNÍK/POISTENÝ

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)	Rodné číslo (IČO)	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)	Obec	PSČ <input type="text"/>

DRUHÝ POISTENÝ

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)	Rodné číslo (IČO)	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)	Obec	PSČ <input type="text"/>

i Ak v zdravotnom dotazníku na uzavretie poisťnej zmluvy pri jednotlivých otázkach nie je označená odpoveď „áno“, ani odpoveď „nie“, platí ako odpoveď „nie“.

ČASŤ A (je nutné vypísať pre každú poistenú osobu, ak je dojednané poistenie rakoviny a smrti s poistnou sumou max. 1000 €)

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	POISTNÍK/POISTENÝ		DRUHÝ POISTENÝ	
	cm <input type="text"/>	kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/>	kg <input type="text"/>
1. Aká je vaša telesná výška a hmotnosť?				
2. Ste v súčasnosti alebo boli ste v minulosti vyšetrovaný, sledovaný alebo liečený z dôvodu rakoviny alebo akéhokoľvek typu zhubného rastu, leukémie, lymfómu, myelómu, akejkolvek prekancerózy alebo rakoviny in situ, ochorenia lupus erythematosus, portálna hypertenzia, ezofageálne varixy, nefroskleróza, polycystické obličky, cirhóza pečene, alebo ste mali pozitívny test na infikovanie HIV vírusom?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
3. Užívate alebo ste užívali:				
a. pravidelne lieky?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
b. návykové látky (napr. drogy), alebo ste sa niekedy podrobili liečbe zo závislosti na alkohole, návykových látkach alebo inej závislosti, prípadne vám táto liečba bola nariadená prípadne odporučená?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
4. Trpíte alebo trpeli ste ochoreniami, ťažkosťami alebo bolesťami:	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
a. pažeráka, žalúdka, dvanástnika, tenkého alebo hrubého čreva, konečníka, pečene, žľaz alebo pankreasu, prípadne inými chorobami tráviaceho traktu (napr. Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, celiakia, ileus, pankreatitída, polypóza, gastro-ezofagálny reflux, cukrovka),				
b. štítnej žľazy (napr. hyperfunkcia štítnej žľazy),				
c. pohlavných orgánov, obličiek a močových ciest (napr. zhoršené výsledky cytológie pri vyšetrení krčka maternice, bielkoviny alebo krv v moči),				
d. kože (napr. dysplastické névy, psoriáza, erysipel),				
e. akéhokoľvek typu krvnej poruchy alebo imunitného systému (napr. zmena krvného obrazu, anémia, koagulačné poruchy, hemofília, krvácajúce cievy, ochorenie sleziny),				
f. akéhokoľvek typu nezhubného nádoru (napr. polyp, adenóm, cysta),				
g. infekčnými alebo vírusovými, bakteriálnymi alebo plesňovými (napr. hepatitída typu B, C, D, E, HPV vírus)?				
h. ste momentálne práce neschopný?				
5. Vyskytlo sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov zhubné nádorové ochorenie?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ak ste na otázku odpovedali ÁNO, boli u vás niekedy zistené nepriaznivé výsledky genetických vyšetrení v súvislosti s nádorovým ochorením u vašich biologických rodičov alebo súrodencov? Ak áno, aké?				

Ak ste na niektorú z otázok v časti A, odpovedali ÁNO, tu prosím uveďte podrobnosti s číslom otázky, ktorú dopĺňate.

Číslo otázky	Poistník/poistený	Číslo otázky	Druhý poistený
5.	vek: choroba:	5.	vek: choroba:

ČASŤ B (vyplňte v prípade ak máte dojednané akékoľvek pripoistenie alebo poistenie smrti s poistnou sumou vyššou ako 1000 €)

	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
6. Trpíte alebo trpeli ste ochoreniami, ťažkosťami alebo bolesťami: a. srdca a ciev (napr. vysoký alebo kolísavý krvný tlak, búšenie srdca, bolesti na prsiach, poruchy srdcového rytmu, šelest na srdci, ischemická choroba srdca, angína pectoris, infarkt myokardu, embólia, trombóza, kŕčové žily), b. pľúc a dýchacích ciest (napr. chronický zápal priedušiek, astma, tuberkulóza), c. látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním (napr. cukrovka, znížená funkcia štítnej žľazy, zvýšený cholesterol, zvýšené triglyceridy, dna), prípadne inými chorobami metabolizmu, d. očí alebo uší (napr. poruchy videnia, slepota, ochorenie sietnice, poruchy sluchu, hluchota, hluchonemost'), e. kostí, kĺbov alebo svalov (napr. choroby chrbtice, dlhšie pretrvávajúce bolesti v končatinách, reumatizmus), f. mozgu, nervov alebo duševnými ochoreniami (napr. silné bolesti hlavy, závrate, epilepsia, záchvaty, ochrnutie, mŕtvica, skleróza multiplex, duševné poruchy, depresie, pokus o samovraždu), g. ktoré vznikli ako trvalý následok po úraze? Ak áno, uveďte druh a rozsah trvalých následkov, h. inými v tomto zdravotnom dotazníku neuvedenými ochoreniami, poškodením zdravia alebo inými telesnými chybami, i. kvôli ktorým ste invalidný dôchodca alebo kvôli ktorým ste žiadali o invalidný dôchodok, prípadne pre ktoré bola u vás posudzovaná invalidita, prípadne pre ktoré ste zdravotne ťažko postihnutá osoba alebo osoba pripútaná na lôžko?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
7. Boli u vás niekedy zistené nepriaznivé výsledky pri špeciálnych vyšetreniach, prípadne čakáte na výsledok vyšetrenia? (napr. EKG, MRI, PET, CT, rtg, usg, genetické testy),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
8. Podstúpili ste nejaké hospitalizácie (z dôvodu diagnostiky, vyšetrenia, operácie, liečenia a pod.), alebo je u vás hospitalizácia plánovaná, prípadne vám bola odporúčaná? Ak áno, priložte kópiu prepúšťacej lekárskej správy (správu nie je potrebné prikladať z operácie slepého čreva a mandlí).	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
9. Vyskytli sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov srdcovo-cievne ochorenia (napr. infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda, hypertrofická kardiomyopatia), cukrovka, polycystické ochorenie obličiek, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Skleróza multiplex, Huntingtonova chorea, prípadne iné?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Ak ste na niektorú z otázok v časti B, odpovedali ÁNO, tu prosím uveďte podrobnosti s číslom otázky, ktorú dopĺňate.

Číslo otázky	Poistník/poistený	Číslo otázky	Druhý poistený
9.	vek: choroba:	9.	vek: choroba:

.....
Dátum.....
Podpis poistníka/poisteného.....
Podpis druhého poisteného