

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 5a, vložka č. 757/B  
 • www.wuestenrot.sk

11/2014

**DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO**

**Ak v dotazníku pri jednotlivých otázkach nie je označená odpoveď „áno“, ani odpoveď „nie“, platí ako odpoveď „nie“**

<b>POISTNÍK / POISTENÝ</b>	<input type="checkbox"/> Právnická osoba		Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž		Štátne občianstvo	Dátum narodenia	<input type="text"/>	
	Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)					Rodné číslo (IČO)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo (sídlo))				Obec	PSČ	<input type="text"/>	
	Korešpondenčná adresa (vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu)				Obec	PSČ	<input type="text"/>	
	Druh a číslo dokladu totožnosti		Tel. číslo		E-mail	Vzťah k druhému poistenému <sup>1</sup>		
	Povolanie: <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec				Špecifikujte povolanie			

**OSOBA OPRÁVNENÁ KONAŤ V MENE PRÁVNICKEJ OSOBY**

<sup>1</sup> vzťah v čase podpísania návrhu na uzavretie poisťnej zmluvy

<b>DRUHÝ POISTENÝ</b>	Meno, priezvisko, titul		Pozícia (napr. konateľ, poverený zamestnanec)		Rodné číslo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž		Štátne občianstvo		Dátum narodenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Meno, priezvisko, titul					Rodné číslo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)				Obec	PSČ	<input type="text"/>	
	Druh a číslo dokladu totožnosti		Tel. číslo		E-mail			
	Povolanie: <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec				Špecifikujte povolanie			

<b>ŠPORTOVÉ A ZÁUJMOVÉ AKTIVITY</b>	<b>POISTNÍK/POISTENÝ</b>	<b>DRUHÝ POISTENÝ</b>
	Ak ste bez zárobkovej činnosti, špecifikujte: <input type="checkbox"/> materská/rodičovská dovolenka <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> nezamestnaný <input type="checkbox"/> v domácnosti <input type="checkbox"/> invalidný dôchodca <input type="checkbox"/> dôchodca <input type="checkbox"/> študent	<input type="checkbox"/> materská/rodičovská dovolenka <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> nezamestnaný <input type="checkbox"/> v domácnosti <input type="checkbox"/> invalidný dôchodca <input type="checkbox"/> dôchodca <input type="checkbox"/> študent
	<sup>2</sup> v kolónke povolanie na strane 1/3 uveďte posledné vykonávané povolanie pred materskou/rodičovskou dovolenkou	
	Vykonávate pravidelne nejaký šport? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie Názov športu: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie Názov športu: <input type="text"/>
	Ak áno, uveďte podrobnosti: Spôsob vykonávania: <input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> registrovaný v športovom klube <input type="checkbox"/> inak Rozsah: <input type="checkbox"/> celoštátne/medzinárodné súťaže <input type="checkbox"/> regionálne súťaže	<input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> registrovaný v športovom klube <input type="checkbox"/> inak <input type="checkbox"/> celoštátne/medzinárodné súťaže <input type="checkbox"/> regionálne súťaže
	Vykonávate iné rizikové aktivity? Uveďte aké: <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/>

<b>ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK</b>	<b>OTÁZKA</b>	<b>POISTNÍK / POISTENÝ</b>	<b>DRUHÝ POISTENÝ</b>
	1. Aká je vaša telesná výška a hmotnosť?	cm <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/>	cm <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/>
	2. Ste fajčiar? Ak áno, uveďte koľko kusov cigariet vyfajčíte denne.	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie počet ks <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie počet ks <input type="text"/> <input type="text"/>
	3. Kto je váš ošetrojúci lekár? Uveďte meno a presnú adresu ambulancie.		
	4. Ste v súčasnej dobe pracovne neschopný? Boli ste v posledných 12 mesiacoch pracovne neschopný nepretržite dlhšie ako jeden mesiac?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

OTÁZKA	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
5. Uvedte, či trpíte alebo ste trpeli 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, angina pectoris, infarkt myokardu, embólia, trombóza, kŕčové žily), iné choroby srdca a ciev,	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
b) dýchacích orgánov (napr. chronický zápal priedušiek, astma, tuberkulóza) iné choroby pľúc, dýchacích ciest,	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
c) pažeráka, žalúdka, dvanástorníka, tenkého alebo hrubého čreva, konečníka, pečene, žlčníka alebo pankreasu; žltackou, inými chorobami tráviacich orgánov,	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
d) pohlavných orgánov, obličiek a močových ciest (napr. bielkovina alebo krv v moči),	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
e) látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním (napr. cukrovka, poruchy funkcie štítnej žľazy, zvýšený cholesterol, zvýšené triglyceridy, dna), iné choroby metabolizmu,	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
f) krvi alebo imunitného systému (napr. zmeny krvného obrazu, porucha zrážanlivosti krvi, hemofília, anémia (chudokrvnosť), leukémia, ochorenia sleziny, alergie, HIV-infekcia, AIDS),	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
g) očí alebo uší (napr. poruchy videnia, slepota, ochorenie sietnice, poruchy sluchu, hluchota, hluchonemnosť),	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie počet dioptrií: pravé oko <input type="checkbox"/> ľavé oko <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie počet dioptrií: pravé oko <input type="checkbox"/> ľavé oko <input type="checkbox"/>
h) kože (napr. psoriáza, ruža (erysipell)), iné ochorenia kože,	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
i) kostí, kĺbov alebo svalov (napr. choroby chrbtice, dlhšie pretrvávajúce bolesti v končatinách, reumatizmus), iné choroby kostí a svalov,	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
j) mozgu, nervov alebo duševné ochorenia (napr. silné bolesti hlavy, závrate, epilepsia, záchvaty, ochrnutie, mŕtvica, skleróza multiplex, duševné poruchy, depresie, pokus o samovraždu), iné choroby nervového systému,	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
k) zhubné nádorové ochorenia (rakovina) alebo nezhubné nádorové ochorenia (napr. cysty, myómy, adenómy, lipómy, polypy atď.),	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
l) infekčné, vírusové, bakteriálne alebo plesňové ochorenia (napr. Lymská borelióza, mononukleóza, malária, HIV-vírus atď.),	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
m) úrazy, ktoré vám zanechali trvalé následky? Ak áno, uvedte druh a rozsah trvalých následkov,	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
n) iné tu neuvedené ochorenia, poškodenia zdravia alebo telesné chyby.	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
6. Boli u vás niekedy zistené nepriaznivé výsledky pri špeciálnych vyšetreniach (EKG, MRI, počítačová tomografia (CT), röntgenové vyšetrenie, ultrazvuk, HIV test na AIDS, vyšetrenie moču a krvi, genetické testy alebo iné špeciálne vyšetrenia)?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
7. Užívate alebo užívali ste pravidelne lieky?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
8. Užívate alebo ste užívali návykové látky (napr. drogy) alebo ste sa niekedy podrobili liečbe zo závislosti na alkohole, návykových látkach, hráčstve alebo vám táto liečba bola nariadená prípadne odporučená?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
9. Podstúpili ste nejaké hospitalizácie (z dôvodu diagnostiky, vyšetrenia, operácie, liečenia a pod.), alebo je u vás hospitalizácia plánovaná, prípadne vám bola odporučená? Ak áno, priložte kópiu prepúšťacej správy (správu nie je potrebné prikladať z operácie slepeho čreva a z operácie mandlí).	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
10. Ste invalidný dôchodca alebo ste žiadali o invalidný dôchodok, prípadne bola u vás posudzovaná invalidita? Ak áno, bola vám invalidita priznaná?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
11. Bola vaša žiadosť o uzavretie životného poistenia odmietnutá inou poisťovňou alebo prijatá za sťažených podmienok? Ak áno, akou poisťovňou a prečo?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
12. Vyskytli sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov srdcovo-cievne ochorenia (napríklad hypertenzia, infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda, hypertrofická kardiomyopatia); cukrovka; zhubné nádory; polycystické ochorenie obličiek; Alzheimerova choroba; Parkinsonova choroba; Skleróza multiplex; Huntingtonova chorea a iné?		

	Rodinný vzťah	Vek v čase diagnostikovania choroby	Choroba
Poistník/poistený			
Druhý poistený			

<b>Poistník / Poistený</b>	13. Ak ste nepoistiteľnou osobou podľa čl. 6 VPP-ŽP, špecifikujte či ste osoba: <input type="checkbox"/> pracovne neschopná <input type="checkbox"/> pripútaná na lôžko <input type="checkbox"/> infikovaná vírusom HIV <input type="checkbox"/> poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná	<input type="checkbox"/> poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná	<input type="checkbox"/> pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo úkony je obmedzená	<input type="checkbox"/> zdravotne ťažko postihnutá, aj keď neuznaná ako osoba invalidná
<b>Druhý poistený</b>	13. Ak ste nepoistiteľnou osobou podľa čl. 6 VPP-ŽP, špecifikujte či ste osoba: <input type="checkbox"/> pracovne neschopná <input type="checkbox"/> pripútaná na lôžko <input type="checkbox"/> infikovaná vírusom HIV <input type="checkbox"/> poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná	<input type="checkbox"/> poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná	<input type="checkbox"/> pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo úkony je obmedzená	<input type="checkbox"/> zdravotne ťažko postihnutá, aj keď neuznaná ako osoba invalidná

14. Ak ste na niektorú z otázok 4. – 13. odpovedali ÁNO, tu prosím uvedte podrobnosti, s číslom otázky, ktorú dopĺňate:

	Číslo otázky	Popis	Kedy? Ako dlho?
Poistník/poistený			
Druhý poistený			

## VYHLÁSENIA

**Vyhlasenia poistníka a poisteného** • Svojím podpisom potvrdzujem, že všetky údaje a odpovede na otázky v dotazníku o zdravotnom stave poisteného som uviedol a zodpovedal pravdivo a úplne. • Súhlasím s tým, aby Wüstenrot poistovňa, a.s. podľa potreby preverovala môj zdravotný stav u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých som sa liečil, liečim sa a budem sa liečiť.

**Súhlasy na spracúvanie osobných údajov a zbavenie mlčanlivosti lekárov**

Poistník/ poistený dáva podpisom tohto dotazníka súhlas lekárom a zdravotníckym zariadeniam na poskytnutie osobných údajov o jeho zdravotnom stave Wüstenrot poistovni, a.s. vo forme vyhotovenia lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania za účelom prijímania poistných rizík poistovňou (uzavieranie a zmena poistnej zmluvy), ohodnocovania rizík a ich riadenia, správy poistných zmlúv, likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy.

Poistník/poistený zároveň podpisom tohto dotazníka zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poistovni, a.s. všetkých lekárov, ktorí ho liečili alebo s ktorými konzultoval svoj zdravotný stav.

Poistník/poistený dáva podpisom tohto dotazníka súhlas Wüstenrot poistovni, a.s. na spracúvanie osobných údajov o jeho zdravotnom stave, ktoré sú uvedené vo vyhotoveniach lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, alebo vyplývajú z jej zapožičania a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely prijímania poistných rizík poistovňou (uzavieranie a zmena poistnej zmluvy), ohodnocovania rizík a ich riadenia, správy poistných zmlúv, likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy.

Druhý poistený dáva podpisom tohto dotazníka súhlas lekárom a zdravotníckym zariadeniam na poskytnutie osobných údajov o jeho zdravotnom stave Wüstenrot poistovni, a.s. vo forme vyhotovenia lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania za účelom prijímania poistných rizík poistovňou (uzavieranie a zmena poistnej zmluvy), ohodnocovania rizík a ich riadenia, správy poistných zmlúv, likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy.

Druhý poistený zároveň podpisom tohto dotazníka zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poistovni, a.s. všetkých lekárov, ktorí ho liečili alebo s ktorými konzultoval svoj zdravotný stav.

Druhý poistený dáva podpisom tohto dotazníka súhlas Wüstenrot poistovni, a.s. na spracúvanie osobných údajov o jeho zdravotnom stave, ktoré sú uvedené vo vyhotoveniach lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, alebo vyplývajú z jej zapožičania a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely prijímania poistných rizík poistovňou (uzavieranie a zmena poistnej zmluvy), ohodnocovania rizík a ich riadenia, správy poistných zmlúv, likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy.

**i Ak v dotazníku o zdravotnom stave poisteného pri jednotlivých otázkach nie je označená odpoveď „áno“, ani odpoveď „nie“, platí ako odpoveď „nie“.**

.....  
Dátum.....  
Podpis poistníka alebo jeho zákonného zástupcu  
(ak za poistníka, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,  
uvedte vzťah k poistníkovi, napr. matka).....  
Podpis druhého poisteného alebo jeho zákonného zástupcu  
(ak za poisteného, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,  
uvedte vzťah k druhému poistenému, napr. matka)