

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
 IČ DPH: SK7120001559
 Obchodný register Okresného súdu
 Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

GDPR 01/2020

i V dotazníku je nevyhnutné vyplniť odpovede na všetky otázky.

POISŤNÍK / POISTENÝ		* vyplniť iba v prípade právnickej osoby	
Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Právnická osoba			
Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)		Dátum narodenia	
Vzťah k druhému poistenému (v čase podpisania dotazníka)		Druh a číslo dokladu totožnosti	
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo (sídlo))		Rodné číslo (IČO)	
Korešpondenčná adresa (ak je iná ako adresa trvalého pobytu)		Obec	
Štátne občianstvo		Tel. číslo	
Povolanie <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec		E-mail	
Označenie úradného registra/úradnej evidencie*		Číslo zápisu do registra/evidencie*	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení			
OSOBA OPRÁVNENÁ KONÁŤ V MENE			
<input type="checkbox"/> POISŤNÍKA/POISTENÉHO <input type="checkbox"/> DRUHÉHO POISTENÉHO (napr. konateľ, člen predstavenstva, zákonný zástupca)			
Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
Pozícia		Štátne občianstvo	
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)		Obec	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení			
Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
Pozícia		Štátne občianstvo	
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)		Obec	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení			
DRUHÝ POISŤENÝ			
Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž			
Meno, priezvisko, titul		Dátum narodenia	
Druh a číslo dokladu totožnosti		Rodné číslo	
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)		Obec	
Štátne občianstvo		Tel. číslo	
Povolanie <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec		E-mail	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení			

POVOLANIE

POISŤNÍK/POISTENÝ			DRUHÝ POISŤENÝ		
Ak ste bez zárobkovej činnosti, špecifikujte			Ak ste bez zárobkovej činnosti, špecifikujte		
<input type="checkbox"/> materská/rodičovská dovolenka**	<input type="checkbox"/> nezamestnaný	<input type="checkbox"/> v domácnosti	<input type="checkbox"/> materská/rodičovská dovolenka**	<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"/> invalidný dôchodca	<input type="checkbox"/> dôchodca	<input type="checkbox"/> študent

** v kolónke povolanie na strane 1/4 uveďte posledné vykonávané povolanie pred materskou/rodičovskou dovolenkou

ŠPORTOVÉ A ZÁUJMOVÉ AKTIVITY

POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Vykonávate pravidelne nejaký šport? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte názov športu <input type="text"/> Spôsob vykonávania <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 pravidelne nejaký šport? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte názov športu <input type="text"/> Spôsob vykonávania <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? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno uveďte aké <input type="text"/>	Vykonávate iné rizikové aktivity? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno uveďte aké <input type="text"/>

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

OTÁZKA	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
1. Aká je Vaša telesná výška a hmotnosť?	cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <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?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
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
5. Uveďte, 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, angína 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 tráviacích 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, hluchonemost),	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie počet dioptrií pravé oko <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ľavé oko <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie počet dioptrií pravé oko <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ľavé oko <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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. Lymfská 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, uveďte 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 odporúčaná? Ak áno, priložte kópiu prepúšťacej správy (správu nie je potrebné prikladať z operácie slepého čreva a z operácie mandlí).
- áno nie áno nie
10. Ste invalidný dôchodca alebo ste žiadali o invalidný dôchodok, prípadne bola u vás posudzovaná invalidita? Ak áno, bola vám invalidita priznaná?
- áno nie áno nie
11. Bola vaša žiadosť o uzavretie životného poistenia odmietnutá inou poisťovňou alebo prijatá za sťažených podmienok? Ak áno, akou poisťovňou a prečo?
- áno nie áno 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?
- áno nie áno nie

POISTNÍK/POISTENÝ

DRUHÝ POISTENÝ

Rodinný vzťah <input type="text"/>	Rodinný vzťah <input type="text"/>
Vek v čase diagnostikovania choroby <input type="text"/>	Vek v čase diagnostikovania choroby <input type="text"/>
Choroba <input type="text"/>	Choroba <input type="text"/>

13. Ak ste nepoistiteľnou osobou podľa čl. 6 VPP-ŽP, špecifikujte či ste osoba:

POISTNÍK/POISTENÝ

DRUHÝ POISTENÝ

<input type="checkbox"/> pracovne neschopná	<input type="checkbox"/> pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo spôsobilosť na právne úkony je obmedzená	<input type="checkbox"/> pracovne neschopná	<input type="checkbox"/> pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo spôsobilosť na právne úkony je obmedzená
<input type="checkbox"/> pripútaná na lôžko	<input type="checkbox"/> zdravotne ťažko postihnutá, aj keď neuznaná ako osoba invalidná	<input type="checkbox"/> pripútaná na lôžko	<input type="checkbox"/> zdravotne ťažko postihnutá, aj keď neuznaná ako osoba invalidná
<input type="checkbox"/> infikovaná vírusom HIV		<input type="checkbox"/> infikovaná vírusom HIV	
<input type="checkbox"/> poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná		<input type="checkbox"/> poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná	

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

POISTNÍK/POISTENÝ

DRUHÝ POISTENÝ

Číslo otázky	Popis	Kedy? Ako dlho?	Číslo otázky	Popis	Kedy? Ako dlho?

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

Podpisom tohto dotazníka potvrdzujem, že všetky otázky dotazníku som zodpovedal pravdivo a úplne a že som doložil posledné najaktuálnejšie lekárske správy z vyšetrení, ktoré som v súvislosti s mojim zdravotným stavom podstúpil a som si vedomý, že zamlčanie a nedoplnenie podstatných informácií, ktoré sú mi známe alebo ktoré mi budú známe do podpisu dotazníka, oprávňuje poisťovateľa k odstúpeniu od poisťnej zmluvy alebo odmietnutiu poisťného plnenia. Svojim podpisom potvrdzujem moju plnú zodpovednosť za aktuálnosť doložených lekárskejších správ a za správnosť a úplnosť všetkých údajov uvedených v dotazníku a to aj v prípade, ak som ich do dotazníku nezapísal vlastnoručne. Výlučne ústne uvedené informácie nezapísané v dotazníku nemôžu byť poisťovateľom zohľadnené.

INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

1. Prevádzkovateľ osobných údajov

Wüstenrot poisťovňa, a.s.

sídlo: Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26 , Slovenská republika, IČO: 31 383 408, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 757/B (ďalej len „Wüstenrot“).

Wüstenrot má zodpovednú osobu za ochranu osobných údajov, ktorá dohliada na riadne spracúvanie osobných údajov a na ktorú sa môžete kedykoľvek obrátiť, a to písomne na adrese Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26 alebo elektronicky na adrese DPO@wuestenrot.sk.

2. Účely spracúvania osobných údajov zo strany Wüstenrot

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - uzatváranie, evidencia a správa poisťných zmlúv, vrátane starostlivosti o klienta (napr. klientsky portál) - zaistenie - likvidácia poisťných udalostí | <ul style="list-style-type: none"> - riešenie sťažností - aktívne súdne spory, pasívne súdne spory, mimosúdne vymáhanie pohľadávok - reporting, výpočet kapitálových požiadaviek, - štatistické spracovanie |
|--|---|

- riadenie rizika podvodu, oznamovanie protispoločenskej činnosti
- evidencia hlásení o neobvyklých obchodných operáciách a ich vybavenie
- identifikácia klienta a jeho zástupcov na účely vykonania starostlivosti vo vzťahu ku klientovi
- spracúvanie osobných údajov v rámci účtovníctva
- ponuka produktov a služieb v rámci marketingu, spotrebiteľské súťaže
- správa registratúry
- výkon vnútorného auditu, výkon súladu s predpismi, výkon riadenia rizík
- spracúvanie osobných údajov na účely predchádzania a odhaľovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.

3. Právny základ

Právnym základom na spracúvanie osobných údajov je štandardne plnenie zákonnej povinnosti (najmä zákon č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 395/2002 Z. z. o archívoch a registratúrach a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 359/2015 Z. z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov), uzatvorenie, správa a plnenie poisťnej zmluvy, oprávnený záujem, ktorým je ochrana práv a právom chránených záujmov Wüstenrot (najmä účel riadenia rizika podvodu) a súhlas (najmä pre účely marketingu, spotrebiteľské súťaže).

Ak klient odmietne poskytnúť Wüstenrotu osobné údaje požadované na základe zákona, je Wüstenrot povinný s ním odmietnuť uzatvoriť poisťnú zmluvu.

4. Kategórie príjemcov, ktorým môžu byť poskytnuté osobné údaje

- finanční agenti
- poskytovatelia IT služieb
- asistenčné spoločnosti
- zaisťovne
- advokátske kancelárie
- posudkoví lekári
- orgány verejnej moci
- znalci
- Slovenská asociácia poisťovní
- Národná banka Slovenska
- a ďalšie osoby, ktoré poskytujú služby pre Wüstenrot na základe zmluvy o spracúvaní osobných údajov. Konkrétny priebežne aktualizovaný zoznam príjemcov nájdete na www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov

5. Doba uchovávaní osobných údajov

Wüstenrot je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb po dobu stanovenú zákonom č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve t.j. počas trvania poistenia a po zániku poistenia po dobu 10 rokov od skončenia zmluvného vzťahu v zmysle príslušných právnych predpisov. Spracúvanie osobných údajov v prípade udelenia súhlasu je možné len počas doby, na ktorú bol súhlas udelený.

6. Práva dotknutej osoby

- právo na prístup a na informácie k svojim osobným údajom,
- právo na opravu osobných údajov,
- právo na vymazanie osobných údajov (právo „na zabudnutie“),
- právo na obmedzenie spracúvania osobných údajov,
- právo na prenosnosť osobných údajov,
- právo namietat' proti spracúvaniu osobných údajov,
- právo na neúčinnosť automatizovaného individuálneho rozhodovania vrátane profilovania.
- právo odvolať súhlas (ak je súhlas právnym základom spracúvania)
- právo podať sťažnosť dozornému orgánu, t.j. Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky

Dotknutá osoba si uvedené práva uplatňuje v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a ďalšími príslušnými právnymi predpismi. Voči Wüstenrotu si dotknutá osoba môže svoje práva uplatniť prostredníctvom písomnej žiadosti alebo elektronickými prostriedkami. V prípade, že dotknutá osoba požiada o ústne poskytnutie informácií, informácie sa môžu takto poskytnúť za predpokladu, že dotknutá osoba preukázala svoju totožnosť.

7. Profilovanie a automatizované rozhodovanie pri spracúvaní osobných údajov

Wüstenrot vykonáva v rámci svojej činnosti aj tzv. profilovanie, čiže automatizované spracúvanie vo vybraných procesoch. Automatizované spracúvanie je také spracúvanie osobných údajov, pri ktorom sú používané výhradne automatické informačné systémy, napríklad softvér, elektronické kalkulačky a pod. na účel riadneho uzavretia poisťnej zmluvy, kalkulácie poisťného a správy poisťnej zmluvy.

Aktuálne informácie sú zverejnené na webovej stránke www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov a tiež na obchodných miestach Wüstenrotu.

vyhlásenia a záverečné ustanovenia

Vyhlasenia poisťníka/poisteného a druhého poisteného:

Poisťník/poistený, druhý poistený a osoby oprávnené konať v mene poisťníka sú povinné poisťovní bezodkladne oznámiť vznik alebo zánik statusu politicky exponovanej osoby podľa zákona č. 297/2008 Z.z.

Poisťník/poistený a druhý poistený svojim podpisom potvrdzujú, že všetky údaje v dotazníku sú uvedené pravdivo a úplne.

Svojim podpisom potvrdzujem, že som bol poisťovňou upozornený na povinnosti poisťovne spracúvať osobné údaje na účely predchádzania a odhaľovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.

Poisťník/poistený dáva podpisom tohto dotazníka súhlas Wüstenrot poisťovní, a.s., aby podľa potreby preverovala jeho zdravotný stav u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých sa liečil, lieči alebo sa bude liečiť. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poisťnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poisťných udalostí, ktoré trvajú po zániku poisťnej zmluvy. Zároveň na tento účel zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovní, a.s., všetkých lekárov, ktorí ho liečili, alebo s ktorými konzultoval svoj zdravotný stav a splnomocňuje Wüstenrot poisťovňu, a.s., na získavanie alebo preskúmanie údajov o zdravotnom stave alebo príčine smrti, na obstarávanie údajov o zdravotnom stave a zdravotnej anamnéze zo zdravotnej dokumentácie a na získavanie údajov z lekárskej správy Sociálnej poisťovne a z výpisu účtu poistenca zdravotnej poisťovne. Poisťovňa je oprávnená požiadať poisťníka aj o nahliadnutie do jeho zdravotnej dokumentácie a podľa potreby aj o úradné overenie jeho podpisu na plnomocenstve.

Druhý poistený podpisom tohto dotazníka súhlas Wüstenrot poisťovní, a.s., aby podľa potreby preverovala jeho zdravotný stav u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých sa liečil, lieči alebo sa bude liečiť. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poisťnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poisťných udalostí, ktoré trvajú po zániku poisťnej zmluvy. Zároveň na tento účel zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovní, a.s., všetkých lekárov, ktorí ho liečili, alebo s ktorými konzultoval svoj zdravotný stav a splnomocňuje Wüstenrot poisťovňu, a.s., na získavanie alebo preskúmanie údajov o zdravotnom stave alebo príčine smrti, na obstarávanie údajov o zdravotnom stave a zdravotnej anamnéze zo zdravotnej dokumentácie a na získavanie údajov z lekárskej správy Sociálnej poisťovne a z výpisu účtu poistenca zdravotnej poisťovne. Poisťovňa je oprávnená požiadať poisťníka aj o nahliadnutie do jeho zdravotnej dokumentácie a podľa potreby aj o úradné overenie jeho podpisu na plnomocenstve.

.....
dátum.....
podpis poisťníka/poisteného alebo jeho zákonného zástupcu
(ak za poisťníka, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,
uvedte vzťah k poisťníkovi, napr. matka).....
podpis druhého poisteného alebo jeho zákonného zástupcu
(ak za poisteného, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,
uvedte vzťah k druhému poistenému, napr. matka)