

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 HODNOTA ŽIVOTA - RIZIKOVÉ ŽIVOTNÉ POISTENIE

V dotazníku je nevyhnutné vyplniť odpovede na všetky otázky.

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

<input type="checkbox"/> POISTNÍKA/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 PSČ
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 PSČ
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	

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 PSČ	
Štátne občianstvo	Tel. číslo	E-mail
Povolanie <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec	Špecifikujte povolanie	
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	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Ak ste bez zárobkovej činnosti, špecifikujte		
<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"/> študent	
Ak ste bez zárobkovej činnosti, špecifikujte		
<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

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

ŠPORTOVÉ A ZÁUJMOVÉ AKTIVITY

POISTNÍK/POISTENÝ

Vykonávate pravidelne nejaký šport? áno nie

Ak áno, uveďte názov športu

Spôsob vykonávania

- profesionálne registrovaný v inak
 celoštátne/medzinárodné súťaže športovom klube
 regionálne súťaže

Vykonávate iné rizikové aktivity? áno nie

Ak áno uveďte aké

DRUHÝ POISTENÝ

Vykonávate pravidelne nejaký šport? áno nie

Ak áno, uveďte názov športu

Spôsob vykonávania

- profesionálne registrovaný v inak
 celoštátne/medzinárodné súťaže športovom klube
 regionálne súťaže

Vykonávate iné rizikové aktivity? áno nie

Ak áno uveďte aké

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

^{1,2} vid' vysvetlenie na strane 4/4

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

POISTNÍK/POISTENÝ **DRUHÝ POISTENÝ**

fajčiar ¹ nefajčiar ² fajčiar ¹ nefajčiar ²

1. Aká je vaša telesná výška a hmotnosť?

cm kg cm kg

2. Ste v súčasnosti alebo boli ste v minulosti vyšetrovaný, sledovaný alebo liečený z dôvodu rakoviny alebo akéhokoľvek typu zhubného rastu, leukémie, lymfómu, myelómu, akejkoľvek 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?

áno nie áno nie

3. Užívate alebo ste užívali:

a) pravidelne lieky?

áno nie áno 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 odporúčaná?

áno nie áno nie

4. Trpíte alebo trpeli ste ochoreniami, ťažkosťami alebo bolesťami:

áno nie áno nie

- a) pažeráka, žalúdka, dvanástnika, tenkého alebo hrubého čreva, konečníka, pečene, žlčníka alebo pankreasu, prípadne inými chorobami tráviaceho traktu (napr. Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, celiakia, ileus, pankreatitída, polypóza, gastro-ezofagálny reflux, cukrovka, krv v stolici),
 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, krvácavé cievne poruchy, 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?

áno nie áno nie

5. Vyskytlo sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov zhubné nádorové ochorenie? 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: <input type="text"/> choroba: <input type="text"/>	5.	vek: <input type="text"/> choroba: <input type="text"/>

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

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:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
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, hluchonemosť),		
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?		
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 odporučená? 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:

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 poistnej zmluvy alebo odmietnutiu poistného plnenia. Svojim podpisom potvrdzujem moju plnú zodpovednosť za aktuálnosť doložených lekárskeho 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

- uzatváranie, evidencia a správa poistných zmlúv, vrátane starostlivosti o klienta
- zaistenie
- likvidácia poistných udalostí
- 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
- zaistovne
- 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 uchovávanía 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. Profílovanie a automatizované rozhodovanie pri spracúvaní osobných údajov

Wüstenrot vykonáva v rámci svojej činnosti aj tzv. profílovanie, 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 odhalovania 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)

VYSVETLIVKY

¹ Fajčiar je každý, kto v čase podpísania dotazníka o zdravotnom stave fajčí aktívne cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom užíva tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny. Za fajčiara sa považuje aj osoba, ktorá v minulosti fajčila, ak od posledného aktívneho fajčenia neprešlo viac ako 10 rokov.

² Nefajčiar je osoba, ktorá sa vyhýba aktívnemu fajčeniu a za posledný rok pred podpisom zdravotného dotazníka ani príležitostne nefajčila cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom neužívala tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny, alebo ak uplynulo viac ako 10 rokov odkedy aktívne fajčila cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom užívala tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny.