

**Návrh na uzavretie poisťnej zmluvy číslo:** .....

**Titul, Meno a priezvisko:** ..... **Dátum narodenia:** .....

**Adresa:** ..... **Zamestnanie:** .....

Prosíme Vás o zodpovedanie všetkých otázok a označenie príslušných odpovedí krížikom. V prípade kladnej odpovede prosíme o jej bližšie špecifikovanie v bode 10 tohto tlačiva.

**I. Prehlásenie záujemcu o poistenie pred lekárskou prehliadkou**

**1. Aktuálny vek rodičov:** V prípade, že už nežijú, prosíme uviesť vek v čase úmrtia a príčinu úmrtia:

Otec: .....  
 Matka: .....

Vyskytlo sa u Vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov napríklad ochorenie srdca, infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda, diabetes mellitus, rakovina, Alzheimer, Parkinson, skleróza multiplex, Huntingtonova chorea, prípadne iné?  áno  nie

Ktoré? ..... U koho? ..... V akom veku? .....

**2. Trpíte alebo ste trpeli na ochorenia, poruchy alebo ťažkosti:**

a. srdca alebo cievnej sústavy, napr. nedovieravosť chlopní (vrodenú alebo získanú), Anginu pectoris, koronárne ochorenie srdca, srdcový infarkt, poruchy prekrvenia, zvýšený krvný tlak, mozgovú porážku, zápal ciev, embóliu, prípadne nasledujúce symptómy: dýchavičnosť pri záťaži, tlak v oblasti srdca, srdcové arytmie, edémy?  áno  nie

b. dýchacích orgánov, napr. opakujúcu sa alebo chronickú bronchitídu, zápal pľúc, zápal pohrudnice, astmu alebo ochorenie hrtana?  áno  nie

c. tráviacich orgánov, napr. gastritídu, žalúdočné alebo dvanástorníkové vredy, žalúdočné alebo črevné krvácanie, príp. dlhšie pretrvávajúcu hnačku, tenkého alebo hrubého čreva, pečene (napr. hepatitídu), žlčníka, prípadne žlčovýchodov alebo podžalúdkovej žľazy (pankreasu)?  áno  nie

d. močovopohlavných orgánov, napr. tvorba kameňov, zápal obličiek, obličkových panvičiek, alebo močového mechúra, prostaty, semenníkov alebo nadsemenníkov, ochorenie prs alebo ženských orgánov, príp. nasledujúce symptómy: hematúriu (výskyt krvi v moči), proteinúriu (prítomnosť bielkovín v moči), koliku obličiek?  áno  nie

e. nervov, mozgu alebo miechy, duševné poruchy napr. epilepsia, obrna, bezvedomie, závrat, časté bolesti hlavy, depresie, samovražedné sklony?  áno  nie

f. zmyslových orgánov - uší (napr. nedoslýchavosť), očí (napr. zníženie ostrosti videnia: myopia, hypermetropia, presbyopia: počet dioptrií: pravé oko ± ..... ľavé oko ± ..... )?  áno  nie

g. kože (napr. ekzémy, psoriázu, alergie, neurodermatitídu, mykózy)?  áno  nie

h. pohybového aparátu (napr. kostí, kĺbov, chrbtice, svalov, šliach)?  áno  nie

i. krvi alebo zrážanlivosti krvi, predovšetkým zmeny krvného obrazu?  áno  nie

j. diabetes mellitus, poruchy lipidového metabolizmu (cholesterol, triglyceridy), dnu (kyselina močová), poruchy funkcie štítnej žľazy alebo iné hormonálne poruchy?  áno  nie

k. tumory (zhubné, nezhubné) alebo opuchy lymfatických uzlín, abnormálny úbytok hmotnosti?  áno  nie

- l. reumatické ťažkosti?  áno  nie
- m. ochorenia imunitného systému, alergie, infekčné choroby (akútne alebo chronické), napr. tuberkulóza, pohlavné choroby, ochorenie imunitného systému atď. ?  áno  nie
- n. u žien: gynekologické ochorenie?  áno  nie  
Ste tehotná? V ktorom mesiaci? .....  áno  nie
- o. ostatné choroby, telesné chyby, alebo ťažkosti, na ktoré sa nevzťahovali predchádzajúce otázky?  áno  nie  
Ak áno, uveďte ktoré: .....

### 3.

- a. Aká vysoká je v priemere Vaša denná spotreba alkoholu a nikotínu?  
alkohol: .....  
nikotín: .....
- b. Užívate pravidelne lieky?(napr. na liečbu ochorení srdca a krvného obehu, diabetes, lieky znižujúce krvný tlak, prípadne iné?)  áno  nie  
Ak áno, aké? .....  
Dávky: .....
- c. Trpíte príp. ste trpeli závislosťou na liekoch alebo omamných látkach?  áno  nie

### 4.

- a. Utrpeli ste úrazy, nehody, alebo otravy (intoxikácie)?  áno  nie  
Aký druh? .....  
Ostali Vám trvalé následky? .....
- b. Žiadali ste o invalidný dôchodok prípadne bola u Vás posudzovaná invalidita?  áno  nie
- c. Ste poberateľom invalidného dôchodku?  áno  nie  
Úplného alebo čiastočného? .....  
Uveďte dôvod: .....

### 5.

- a. Absolvovali ste nejaké operácie? Špecifikujte: .....  áno  nie
- b. Čaká Vás v krátkom čase nejaká operácia? Špecifikujte: .....  áno  nie
- c. Boli ste liečení pomocou RTG žiarenia, izotopov, alebo iného rádioaktívneho žiarenia, príp. inou technikou nukleárnej medicíny?  áno  nie
- d. Museli ste sa podrobiť iným spôsobom liečby (napr. chemoterapia)?  áno  nie  
Akým? .....

### 6.

- a. Bolo Vám vykonané EKG vyšetrenie alebo Ergometria?  áno  nie  
Ak áno, uveďte výsledky: .....
- b. Podrobili ste sa vyšetreniam pomocou RTG, CT, prípadne iných techník nukleárnej medicíny?  áno  nie  
Ak áno, uveďte výsledky: .....
- c. Bol už urobený HIV - test?  áno  nie  
Ak, áno uveďte kedy a výsledok testu: .....
- d. Boli vykonané laboratórne alebo iné vyšetrenia, na ktoré sa nevzťahovali predchádzajúce otázky?  áno  nie  
Ktoré? .....  
Uveďte výsledky: .....

### 7.

- a. Boli ste v nemocnici vyšetřovaný alebo liečený z iných ako doteraz uvedených príčin?  áno  nie  
Z akých a kde? .....

b. Absolvovali ste liečenia alebo odvykacie kúry?  áno  nie

Ak áno, kde? .....

c. Boli ste liečený v rehabilitačnom stredisku?  áno  nie

Ak áno, kde? .....

8. Boli ste už lekársky vyšetovaný za cieľom životného poistenia?  áno  nie

Kedy? .....

Pre ktorú poisťovaciu spoločnosť? .....

S akým výsledkom? .....

9.

a. Uvedte meno lekára, ktorý Vás zvyčajne ošetruje: .....

b. Vyšetrovali alebo liečili, prípadne radili Vám v posledných piatich rokoch aj iní lekári, okrem vyššie menovaného lekára?  áno  nie

Ktorí? .....

10. Detailné údaje k otázkam s kladnou odpoveďou:

K otázke č.:	Druh ochorenia , ťažkostí, zmien:	Kedy? Ako dlho?
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Prehlasujem, že všetky otázky som zodpovedal/a pravdivo a úplne. Svoje odpovede som si pozorne prečítal/a a potvrdzujem ich pravdivosť.

Súčasne som si vedomý/á toho, že nepravdivo uvedené údaje môžu mať, v súlade s Občianskym zákonníkom a v zmysle platných poisťných podmienok, za následok neplatnosť poisťnej zmluvy resp. odmietnutie plnenia poisťovňou.

Súhlasím, aby môj ošetrojúci lekár MUDr. .... (ďalej len „ošetrojúci lekár“) poskytol písomne informácie týkajúce sa môjho aktuálneho zdravotného stavu a zdravotnej anamnézy spoločnosti Wüstenrot poisťovňa, a.s. Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, za účelom ocenenia zdravotného rizika z dôvodu uzatvárania životného poistenia.

Podpisom tohto súhlasu udeľujem ošetrojúcemu lekárovi súhlas na poskytnutie osobných údajov o mojom zdravotnom stave Wüstenrot poisťovni, a.s. vo forme vyhotovenia lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania v rozsahu potrebnom za účelom prijímania poisťných rizík poisťovňou (uzavieranie a zmena poisťnej zmluvy), ohodnocovania rizík a ich riadenia, správy poisťných zmlúv, likvidácie poisťných udalostí a poskytovania poisťných plnení.

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 podpisom tohto súhlasu zbavujem na dobu poskytnutia tohto súhlasu ošetrojúceho lekára povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovni, a.s.

Prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil/a s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tejto Lekárskej prehliadky.

.....  
miesto a dátum

.....  
podpis záujemcu o poistenie

## II. Lekársky nález

Vážený pán doktor, pre posúdenie zdravotného rizika sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave klienta, o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na tretej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 15 eur.

**Upozornenie:** V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie popísanú odmenu. **Prosíme Vás, aby ste pri vyplňaní tohto tlačiva zohľadnili informácie z 1. časti – Prehlásenie záujemcu o poistenie, ktoré vyplňa klient.**

Meno pacienta: ..... r.č.: .....

1. Ste s vyšetřovanou osobou v príbuzenskom vzťahu?  áno  nie

2. Liečili alebo vyšetřovali ste už vyšetřovanú osobu?  áno  nie

Ak áno, kedy? .....

Z akého dôvodu? .....

Overenie totožnosti (OP, pas) .....

3. Miery:

telesná výška: ..... cm

telesná hmotnosť: ..... kg

celková konštitúcia : .....

Pôsobí vyšetřovaná osoba veku zodpovedajúcim, zdravým dojmom?  áno  nie

4. Vyskytujú sa anomálie skeletu príp. pohybového aparátu?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

5. Vyskytujú sa ochorenia kože príp. slizníc?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

6. Vyskytujú sa ochorenia zmyslových orgánov?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

7. Vyskytujú sa ochorenia nervovej sústavy príp. duševné ochorenia, predovšetkým abnormálne reflexy (pupilárny a patelárny reflex, reflex Achillovej šľachy)?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

8. Vyskytujú sa ochorenia hormonálnej sústavy (napr. štítnej žľazy), prípadne poruchy látkovej premeny (napr. diabetes mellitus, dna, hyperlipidémia)?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

**9. Srdce a krvný obeh:**

a. Je srdce zväčšené? (hodnoty zväčšenia vpravo a vľavo; konfigurácia, abnormálna poloha, alebo ochrnutie srdca?)  áno  nie

.....

b. Je uloženie srdca správne?  áno  nie

c. Sú srdcové ozvy čisté a normálne?  áno  nie

d. Vyskytuje sa srdcový šelest? Ak áno, uveďte podrobnosti: .....  áno  nie

e. Je tento šelest podmienený organicky?  áno  nie

f. Krvný tlak a pulzová frekvencia:

tlak v mmHg ...../..... (syst./diast.)

pulz/min v klude: .....

pulz/min po záťaži: .....

návrat k pôvod. stavu: .....

druh záťaže: .....

g. Je pulz v kľude rovnaký a pravidelný?  áno  nie

Ak nie, v čom spočívajú odchýlky? .....

Pri extrasystolách:

Sú ojedinelé alebo frekventované?  áno  nie

Koľko sa ich vyskytuje za minútu? .....

h. Je pulz po záťaži pravidelný?  áno  nie

Ak nie, v čom spočívajú odchýlky? .....

Pri extrasystolách:

V akom počte sa vyskytujú za minútu v kľude a po záťaži ?

v kľude: .....

po záťaži: .....

i. Vyskytuje sa srdcová nedostatočnosť alebo príznaky dekompenzácie (dýchacie ťažkosti, cyanóza, edémy)?  áno  nie

j. Je pulz tepien plný a hmatný?  áno  nie

k. Vyskytujú sa varixy (edémy, vredy)?  áno  nie

Ak áno, uveďte ich stupeň a rozsah: .....

l. Uveďte, prosím, výsledok aktuálneho EKG vyšetrenia a dátum jeho realizácie:

výsledok vyšetrenia:.....

dátum vyšetrenia:.....

m. Ďalšie údaje o srdci a krvnom obeh: .....

#### 10. Dýchacie orgány:

a. Vyskytuje sa chrapot alebo kašeľ?  áno  nie

Ak áno, odkedy? Uveďte príčinu: .....

b. Tvar a klenba hrudníka: .....

c. Výsledok vyšetrenia:

poklepom: .....

posluchom: .....

d. Vyskytujú sa ochorenia dýchacích orgánov?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

#### 11. Tráviaca sústava:

a. Vyskytuje sa chorobný nález na jazyku, mandliach, zuboch a hltane?  áno  nie

b. Výsledok prehliadky abdomenu:

pohmatom: .....

poklepom: .....

c. Vyskytujú sa ochorenia tráviaceho traktu, pečene, žlčníka, pankreasu, alebo sleziny?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

#### 12. Močovopohlavná sústava:

a. Vyskytujú sa ochorenia močovopohľavnej sústavy?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

b. U žien:

Uveďte, prosím, výsledok aktuálneho gynekologického vyšetrenia a dátum jeho realizácie:  áno  nie

výsledok vyšetrenia: .....

dátum vyšetrenia: .....

Je v súčasnosti klientka tehotná?  áno  nie

Ide o fyziologické tehotenstvo?  áno  nie

Uvedte týždeň tehotenstva: .....

### 13. Ostatné:

- a. Vyskytujú sa nejaké ďalšie lekárske nálezy, ktoré doteraz neboli uvedené? (napr. alergie, opuchy lymfatických uzlín, ochorenie krvi alebo imunitného systému atď.)  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

- b. Uvedte, prosím, výsledok aktuálneho interného vyšetrenia a dátum jeho realizácie:

výsledok vyšetrenia: .....

dátum vyšetrenia: .....

- c. Chcete uviesť ešte nejaké ďalšie doteraz neuvedené okolnosti?  áno  nie

Ak áno, ktoré? .....

- d. Považujete za potrebné vyžiadať nález niektorého z ošetrojúcich lekárov?  áno  nie

Ak áno, ktorého? .....

- e. Ktoré ďalšie vyšetrenia (vrátane laboratórných) navrhujete?

.....

- f. Možno podľa Vašich doterajších skúseností očakávať, predčasné ukončenie alebo obmedzenie výkonu povolania?  áno  nie

Ak áno, z akých príčin? .....

### 14. Uvedte aktuálny výsledok biochemického vyšetrenia séra a hematologického vyšetrenia vrátane referenčných hodnôt (vyplňte v rozsahu, v akom sa u Vás laboratórne vyšetrenie štandardne vykonáva):

Analyty v sére	Hodnota	Jednotky	Ref. hodnoty
GLU – Glukóza		mmol/l	
CREA – Kreatinín		μmol/l	
KM – kyselina močová		μmol/l	
UREA		mmol/l	
CHOL – Cholesterol celkový		mmol/l	
LDL cholesterol		mmol/l	
HDL cholesterol		mmol/l	
TAG – Triacylglyceroly		mmol/l	
GMT		μkat/l	
AST		μkat/l	
ALT		μkat/l	
ALP		μkat/l	
TBIL – Bilirubín celkový		μmol/l	
<b>Vírus hepatitídy A</b>			
anti-HAV-IgM		S/CO	
anti-HAV-IgG		S/CO	
<b>Vírus hepatitídy B</b>			
HBsAG		S/CO	
Anti HBs		mIU/ml	
<b>Vírus hepatitídy C</b>			
Anti HCV		S/CO	
<b>Krvný obraz a diferenciál</b>			
RBC – Erytrocyty		×10 <sup>12</sup> /l	
HGB – hemoglobín		g/l	
HTK – hematokrit		%	

MCV – str. obj. erytr.		fl	
MCH – str. koncentrácia Hb v erythrocytoch		pg	
MCHC – stredná farebná koncentrácia		g/l	
PLT – Trombocyty		$\times 10^9/l$	
MPV – str. obj. tromb.		fl	
WBC – Leukocyty		$\times 10^9/l$	
LYMPH – abs. počet lymfocytov		$\times 10^9/l$	
NEUT – abs. počet neutrofilov		$\times 10^9/l$	
LYMPH% – Lymfocyty %		%	
NEUT% – Neutrofilly %		%	
MONO – abs. počet monocytov		$\times 10^9/l$	
EO – abs. počet eozinofilov		$\times 10^9/l$	
BASO – abs. počet bazofilov		$\times 10^9/l$	
MONO% – Monocyty %		%	
EO% – Eozinofily %		%	
BASO% – Bazofily %		%	
FW – Sedimentácia erythrocytov		/hod	
<b>Močový sediment</b>			
Erythrocyty		/ul	
Leukocyty		/ul	
Baktérie			
Epitélie ploché			
Hlienové vlákna			
<b>Moč chemicky</b>			
pH			
Leukocyty			
Pro – Bielkoviny_kvalitatívne			
GLU – Glukóza_kvalitatívne			
Keto – Ketóny_kvalitatívne			
UBG – Urobilinogén			
Bil – Bilirubín			
Ery – Krv			
Nitrity v moči			
Špecifická hmotnosť moču			
Farba moču			
Zákal moču			
HIV – test			
PSA u mužov		$\mu g/l$	
Ca 125 u žien		U/ml	

**15. Záver vyšetrenia:** .....

.....

.....

.....

.....  
dátum

.....  
pečiatka

.....  
podpis

Prosíme uviesť nasledujúce údaje:

MENO LEKÁRA: .....

ČÍSLO ÚČTU: .....

Pre posúdenie poistného rizika sú rozhodujúce tiež iné hľadiská ako len výsledok tohto vyšetrenia. Preto Vás prosíme: sprostredkujte poisťovanej osobe výsledky vyšetrenia, ale nehodnoťte možnosti poistenia žiadateľa. Prosíme Vás, aby ste túto lekársku správu zaslali Wüstenrot poisťovni a.s. v najskoršom možnom termíne.

Wüstenrot poisťovňa, a.s., Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, INFO \* 6060 (0850 60 60 60)



## 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 poisťných zmlúv, vrátane starostlivosti o klienta (napr. klientsky portál)
- zaistenie
- likvidácia poisťných 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 odhalovania 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](http://www.wuestenrot.sk) v časti Ochrana osobných údajov

### 5. Doba uchovávania 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 poisťovania a po zániku poisťovania 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 namietať 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 požiadala 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](http://www.wuestenrot.sk) v časti Ochrana osobných údajov a tiež na obchodných miestach Wüstenrotu.