wüstenrot
W DOBROM AJ V ZLOM

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
Digital Park I, Einsteinova 21
851 01 Bratislava, SR
IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
IČ DPH: SK7120001559
Obchodný register Mestského súdu
Bratislava III, oddiel Sa, vložka č. 757/B
www.wuestenrot.sk

Nevpisujte text – miesto pre podateľňu

Nevpisujte text – miesto pre čiarový kód

LEKÁRSKA PREHLIADKA

GDPR 01/2025

Prosíme Vás o zodpovedanie všetkých otázok a označenie príslušných odpovedí krížikom.

Návrh na uzavretie poistnej zmluvy číslo: .....

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

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

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 (v prípade kladnej odpovede prosíme o jej bližšie špecifikovanie v bode 10 tohto tlačiva):**

   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 žlčovodov alebo podžalúdkovej žľazy (pankreasu)? ☐ áno ☐ nie

   d. močovopohlavných orgánov, napr. tvorba kameňov, zápal obličiek, obličkových panvičiek, alebo močového mechúra, prostaty, semenníkov alebo nadsemenníkov, ochorenie pŕs 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? Ak áno, 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?** ☐ áno ☐ nie

Špecifikujte: .....

b. Čaká Vás v krátkom čase nejaká operácia? ☐ áno ☐ nie

Špecifikujte: .....

c. Boli ste liečený 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 vyšetrovaný 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 vyšetrovaný za cieľom životného poistenia?** ☐ áno ☐ nie

Ak áno, kedy? .....

Pre ktorú poisťovaciu spoločnosť? .....

9. **a. Uveďte 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

Ak áno, 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 poistných podmienok, za následok neplatnosť poistnej zmluvy resp. odmietnutie plnenia poisťovňou.

Súhlasím, aby môj ošetrujúci lekár MUDr. ..... (ďalej len „ošetrujúci lekár") poskytol písomne informácie týkajúce sa môjho aktuálneho zdravotného stavu a zdravotnej anamnézy spoločnosti Wüstenrot poisťovňa, a.s. Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, za účelom ocenenia zdravotného rizika z dôvodu uzatvárania životného poistenia.

Podpisom tohto súhlasu udeľujem ošetrujúcemu lekárovi súhlas na poskytnutie osobných údajov o mojom zdravotnom stave Wüstenrot poisťovni, a.s. vo forme vyhotovenia lekárskych správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania v rozsahu potrebnom za účelom prijímania poistných rizík poisťovňou (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.

Zároveň podpisom tohto súhlasu zbavujem na dobu poskytnutia tohto súhlasu ošetrujúceho 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 vypĺňaní tohto tlačiva zohľadnili informácie z 1. časti – Prehlásenie záujemcu o poistenie, ktoré vypĺňa klient.**

Meno pacienta: ..... **r.č.:** .....

1. **Ste s vyšetrovanou osobou v príbuzenskom vzťahu?** ☐ áno ☐ nie

2. **Liečili alebo vyšetrovali ste už vyšetrovanú osobu?** ☐ áno ☐ nie

   Ak áno, kedy? .....

   Z akého dôvodu? .....

   Overenie totožnosti (OP, pas) .....

3. **Miery:**

   telesná výška: ..... cm

   telesná hmotnosť: ..... kg

   celková konštitúcia : .....

   Pôsobí vyšetrovaná osoba veku zodpovedajúcim, zdravým dojmom? ☐ áno ☐ nie

4. **Krvný tlak a pulzová frekvencia:**

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

   pulz/min v kľude: .....

   pulz/min po záťaži: .....

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

   výsledok vyšetrenia: .....

   dátum vyšetrenia: .....

6. **Trpí klient nejakými ochoreniami alebo zdravotnými ťažkosťami?** ☐ áno ☐ nie

   Ak áno, akými? .....

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

      Ak áno, ktoré? .....

   b. Chcete uviesť ešte nejaké ďalšie doteraz neuvedené okolnosti? ☐ áno ☐ nie

      Ak áno, ktoré? .....

   c. Považujete za potrebné vyžiadať nález niektorého z ošetrujúcich lekárov? ☐ áno ☐ nie

      Ak áno, ktorého? .....

   d. Ktoré ďalšie vyšetrenia (vrátane laboratórnych) navrhujete?

      .....

7. Uveďte 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	
Krvný obraz a diferenciál			
RBC – Erytrocyty		$\times 10^{12}$/l	
HGB – hemoglobín		g/l	
HTK – hematokrit		%	
MCV – str. obj. erytr.		fl	
MCH – str. koncentrácia Hb v erytrocytoch		pg	
MCHC – stredná farebná koncentrácia		g/l	
PLT – Trombocyty		$\times 10^{9}$ /l	
MPV – str. obj. tromb.		fl	
WBC – Leukocyty		$\times 10^{9}$ /l	
FW – Sedimentácia erytrocytov		/hod	
LYMPH – abs. počet lymfocytov		$\times 10^{9}$ /l	
NEUT – abs. počet neutrofilov		$\times 10^{9}$ /l	
LYMPH% – Lymfocyty %		%	
NEUT% – Neutrofily %		%	
MONO – abs. počet monocytov		$\times 10^{9}$ /l	
EO – abs. počet eozinofilov		$\times 10^{9}$ /l	
BASO – abs. počet bazofilov		$\times 10^{9}$ /l	
Hlienové vlákna			
Moč chemicky			
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			
Ostatné			
PSA u mužov od 50 rokov veku		µg/l	
Vyšetrenie CRP			

8. 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., Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava 26, INFO: 0850 60 60 60

INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

1. Prevádzkovateľ osobných údajov

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
sídlo: Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31 383 408, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, 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 Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava 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 (napr. klientsky portál)
- 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 poistnej 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 poistnú 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 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 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 svojím 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 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 poistnej zmluvy, kalkulácie poistného a správy poistnej zmluvy.

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