wüstenrot
W DOBROM AJ V ZLOM

Číslo poistnej zmluvy

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

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

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

GDPR 01/2026

V dotazníku je nevyhnutné vyplniť odpovede na všetky otázky.

POISTNÍK / POISTENÝ

Fyzická osoba: ☐ Žena ☐ Muž ☐ Právnická osoba

* vyplniť iba v prípade právnickej osoby

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)		Dátum narodenia __.__.____
Vzťah k druhému poistenému (v čase podpísania 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 ☐ zamestnanec ☐ 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.? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte v akom postavení

Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. ☐ áno ☐ nie

Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1]	Štát narodenia[1]
Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2] (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)	Označenie štátu daňovej rezidencie[3]

OSOBA OPRÁVNENÁ KONAŤ V MENE

☐ **POISTNÍKA/POISTENÉHO** ☐ **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.? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte v akom postavení

Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. ☐ áno ☐ nie

Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1] dátum narodenia	Štát narodenia[1]
Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2] (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)	Označenie štátu daňovej rezidencie[3]

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.? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte v akom postavení

Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. ☐ áno ☐ nie

Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1], dátum narodenia	Štát narodenia[1]

V dotazníku je nevyhnutné vyplniť odpovede na všetky otázky.

Číslo poistnej zmluvy

Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2] (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)	Označenie štátu daňovej rezidencie[3]

KONEČNÝ UŽÍVATEĽ VÝHOD (ak je poistníkom právnická osoba)

Meno, priezvisko, titul		Dátum narodenia . .
Druh a číslo dokladu totožnosti		Rodné číslo /
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo	Obec	PSČ
Štátne občianstvo		
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte v akom postavení		
Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. ☐ áno ☐ nie		
Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1]		Štát narodenia[1]
Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2] (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)		Označenie štátu daňovej rezidencie[3]

DRUHÝ POISTENÝ

Fyzická osoba: ☐ Žena ☐ 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
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte v akom postavení		
Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. ☐ áno ☐ nie		
Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1]		Štát narodenia[1]
Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2] (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)		Označenie štátu daňovej rezidencie[3]

POVOLANIE

** v kolónke povolanie na strane 2/5 uveďte posledné vykonávané povolanie pred materskou/rodičovskou dovolenkou

	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Ak ste bez zárobkovej činnosti, špecifikujte	☐ materská/rodičovská dovolenka** ☐ v domácnosti ☐ invalidný dôchodca ☐ študent ☐ nezamestnaný ☐ dôchodca	☐ materská/rodičovská dovolenka** ☐ v domácnosti ☐ invalidný dôchodca ☐ študent ☐ nezamestnaný ☐ dôchodca

ŠPORTOVÉ A ZÁUJMOVÉ AKTIVITY

	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Vykonávate pravidelne nejaký šport? Ak áno, uveďte názov športu	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
Spôsob vykonávania	☐ profesionálne ☐ celoštátne/medzinárodné súťaže ☐ regionálne súťaže ☐ registrovaný v športovom klube ☐ inak	☐ profesionálne ☐ celoštátne/medzinárodné súťaže ☐ regionálne súťaže ☐ registrovaný v športovom klube ☐ inak
Vykonávate iné rizikové aktivity? Ak áno uveďte aké	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie

V dotazníku je nevyhnutné vyplniť odpovede na všetky otázky.

Číslo poistnej zmluvy

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

UPOZORNENIE: Nižšie uvedené ochorenia **nie je potrebné uvádzať** v tomto zdravotnom dotazníku, ak ste tieto ochorenia prekonali pred 2 a viac rokmi, vyskytli sa u Vás iba raz (nejedná sa teda o chronické, opakované ochorenie), sú vyliečené (bez trvalých následkov na Vašom zdraví), neprebieha ich liečba a nebola Vám v súvislosti s nimi indikovaná operácia:
COVID bez následkov, tehotenstvo, mimomaternicové tehotenstvo, potrat, pôrod, predčasný pôrod, cisársky rez, konjunktivitída (zápal očných spojoviek), dioptrie (do 8), zápal stredného ucha, prechladnutie, kašeľ, nádcha, senná nádcha, alergická nádcha, chrípka, angína, výber mandlí, sinusitída (zápal prínosových dutín), zápal priedušiek (bronchitída), zápal pľúc (pneumónia), mumps, bolesti zubov, krvácanie z nosa, zlomenina nosových kostí, operácia nosovej prepážky, zápal slepého čreva, operácia slepého čreva, otrava krvi, zápal močového mechúra, zlomenina rebier, zlomenina kľúčnej kosti, zlomenina ruky, zlomenina nohy, ľahký otras mozgu, týfus, hnačka, tráviace problémy (dyspepsia), operácia žlčníka (vybratie), žlčníkové kamene, alergia na pele, prach (roztoče), trávy.

OTÁZKA	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
1. Aká je Vaša telesná výška a hmotnosť?	cm ☐☐☐ kg ☐☐☐	cm ☐☐☐ kg ☐☐☐
2. Ste v súčasnosti v lekárskej, prípadne rehabilitačnej alebo kúpeľnej starostlivosti? Boli Vám vykonané vyšetrenia, ktorých výsledky v čase podpisu dotazníka o zdravotnom stave poisteného ešte nie sú známe? Sú takéto vyšetrenia už plánované? Ste v súčasti pracovne neschopný?	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐
3. Trpíte alebo ste trpeli ochoreniami, ťažkosťami, alebo bolesťami (špecifikujte ochorenie a obdobie liečby):		
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,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
b) dýchacích orgánov (napr. chronický zápal priedušiek, astma, tuberkulóza) iné choroby pľúc, dýchacích ciest,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
c) tráviaceho ústrojenstva (napr. Crohnova choroba, celiakia, iné intolerancie na potraviny, ochorenie pažeráka, žalúdka, dvanástornika, tenkého alebo hrubého čreva, konečníka, pečene, žlčníka alebo pankreasu; žltačkou), inými chorobami tráviacich orgánov,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
d) pohlavných orgánov, obličiek a močových ciest (napr. bielkovina alebo krv v moči),	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
e) látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním (napr. cukrovka, poruchy funkcie štítnej žľazy, zvýšený cholesterol, zvýšené triglyceridy, dna), iné choroby metabolizmu,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
f) krvi alebo imunitného systému (napr. zmeny krvného obrazu, porucha zrážanlivosti krvi, hemofília, anémia (chudokrvnosť), leukémia, ochorenia sleziny, alergie, HIV-infekcia, AIDS),	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
g) očí alebo uší (napr. poruchy videnia, slepota, ochorenie sietnice, poruchy sluchu, hluchota, hluchonemosť),	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
počet dioptrií PO ☐☐☐ ĽO ☐☐☐		PO ☐☐☐ ĽO ☐☐☐
h) kože (napr. psoriáza, ruža (erysipel)), iné ochorenia kože,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
i) kostí, kĺbov alebo svalov (napr. choroby chrbtice, dlhšie pretrvávajúce bolesti v končatinách, reumatizmus), iné choroby kostí a svalov,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ 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,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
k) zhubné nádorové ochorenia (rakovina) alebo nezhubné nádorové ochorenia (napr. cysty, myómy, adenómy, lipómy, polypy atď.),	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
l) infekčné, vírusové, bakteriálne alebo plesňové ochorenia (napr. Lymská borelióza, mononukleóza, malária, HIV-vírus atď.),	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
m) úrazy, ktoré vám zanechali trvalé následky? Ak áno, uveďte druh a rozsah trvalých následkov,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
n) iné tu neuvedené ochorenia, poškodenia zdravia alebo telesné chyby.	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
4. 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, vyšetrenie onkomarkerov, alebo iné špeciálne vyšetrenia)? Je plánované nejaké špeciálne vyšetrenie?	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
5. Užívate pravidelne alebo užívali ste pravidelne lieky?	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
6. 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?	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
7. Ste fajčiar? Uveďte áno, ak ste požívali alebo požili počas posledných 24 mesiacov v akomkoľvek množstve nikotín, teda nielen cigarety, ale aj e-cigarety, cigary, fajky, šnupací a žuvací tabak, nikotínové náplasti, prípadne ďalšie výrobky obsahujúce nikotín.	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
Ak áno, uveďte počet za deň a druh požívaného výrobku	počet ks ☐☐	počet ks ☐☐
8. Podstúpili ste za posledných 5 rokov nejaké hospitalizácie (z dôvodu diagnostiky, vyšetrenia, operácie, liečenia a pod.), alebo je u vás hospitalizácia plánovaná, prípadne vám bola odporučená?	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
BLIŽŠIE ŠPECIFIKUJTE (ochorenie, pre ktoré ste boli/budete hospitalizovaný, rok hospitalizácie). Priložte kópiu prepúšťacej správy.		
9. Vyskytli sa u niektorého z Vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 niektoré z nasledovných ochorení - Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, infarkt myokardu, rakovina, mozgová príhoda, vysoký krvný tlak, cukrovka, polycystické obličky, skleróza multiplex, Huntingtonova chorea ?	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie

Číslo poistnej zmluvy

10. Ak ste nepoistiteľnou osobou podľa čl. 7 VPP, špecifikujte či ste osoba:

POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
☐ pracovne neschopná	☐ pracovne neschopná
☐ pripútaná na lôžko	☐ pripútaná na lôžko
☐ infikovaná vírusom HIV	☐ infikovaná vírusom HIV
☐ poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná	☐ poberajúca invalidný dôchodok alebo invalidná
☐ pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo spôsobilosť na právne úkony je obmedzená	☐ pozbavená spôsobilosti na právne úkony alebo spôsobilosť na právne úkony je obmedzená
☐ zdravotne ťažko postihnutá, aj keď neuznaná ako osoba invalidná	☐ zdravotne ťažko postihnutá, aj keď neuznaná ako osoba invalidná

POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Rodinný vzťah	Rodinný vzťah
Vek v čase diagnostikovania choroby	Vek v čase diagnostikovania choroby
Choroba	Choroba

Ak ste na niektorú z otázok 2. – 10. 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 mojím 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 lekárskych 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: 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.

VYSVETLIVKY

[1] Vyplňte len ak SR nie je štát Vašej daňovej rezidencie
[2] Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely klient uvedie, ak mu bolo pridelené. V prípade, ak klient nemá vedomosť o pridelení daňového identifikačného čísla alebo identifikačného čísla používaného v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely, je povinný túto skutočnosť overiť a v prípade jeho získania bezodkladne tento údaj písomne doručiť poisťovni.
[3] Označenie štátu daňovej rezidencie – štát, v ktorom klient platí dane zo svojich celosvetových príjmov.

VYHLÁSENIA A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Vyhlásenia poistníka/poisteného a druhého poisteného:

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

Poistník/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.

Poistník/poistený dáva podpisom tohto dotazníka súhlas Wüstenrot poisťovni, 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 poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy. Zároveň na tento účel zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovni, 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 poistníka 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 poisťovni, 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 poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy. Zároveň na tento účel zbavuje povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovni, 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 poistníka aj o nahliadnutie do jeho zdravotnej dokumentácie a podľa potreby aj o úradné overenie jeho podpisu na plnomocenstve.

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