

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

GDPR 12/2025

i V dotazníku je nevyhnutné vyplniť odpovede na všetky otázky.

POISŤNÍK / 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

☐ POISŤNÍKA/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

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

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

Povolanie ☐ zamestnanec ☐ SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec

Špecifikujte povolanie

Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte v akom postavení

POVOLANIE

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

	POISŤNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Ak ste bez zárobkovej činnosti, špecifikujte	☐ materská/rodičovská dovolenka**	☐ materská/rodičovská dovolenka**
	☐ invalidný dôchodca	☐ invalidný dôchodca
	☐ nezamestnaný	☐ nezamestnaný
	☐ v domácnosti	☐ v domácnosti
	☐ študent	☐ študent
	☐ dôchodca	☐ 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 ☐ regionálne súťaže ☐ inak	☐ profesionálne ☐ regionálne súťaže ☐ inak
Vykonávate iné rizikové aktivity? Ak áno uveďte aké	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie

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), neprebíha 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), žlčkové kamene, alergia na peľ, prach (roztocie), 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 súčasnosti pracovne neschopný?	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
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, dvanástorníka, tenkého alebo hrubého čreva, konečníka, pečene, žlčníka alebo pankreasu; žltackou), 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, hluchonemost),	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
počet dioptrií PO ĽO		PO ĽO
h) kože (napr. psoriáza, ruža (erysipell)), iné ochorenia kože,	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
i) kostí, kĺbov alebo svalov (napr. choroby chrčtice, 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, závraty, 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. Lymfská 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 odporúčaná?	☐ áno ☐ nie	☐ áno ☐ nie
7. Ste fajčiar? Uveďte áno, ak ste požívali alebo požíli 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. Ak áno, uveďte počet za deň a druh požívaného výrobku	☐ áno ☐ nie počet ks	☐ áno ☐ nie počet ks

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

Ak ste na niektorú z otázok 2. – 10. odpovedali áno, tu prosím uveďte podrobnosti, s číslom otázky, ktorú dopĺňate:

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. Vylučne 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

- | | |
|--|---|
| <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 sťažácie
- 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 sťažácie).

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 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 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.

VOHLÁSENIA A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Vyhlasenia poistníka/poisteného a druhého poisteného:

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

Poistník/poistený a druhý poistený svojím podpisom udeľujú Wüstenrot poisťovní, a.s. explicitný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov uvedených v tomto dotazníku vrátane údajov o zdravotnom stave výlučne na účely predzmluvných rokovaní (ponuka poistenia, posúdenie prijateľnosti rizika a predbežné ocenenie poisťného). Tento súhlas platí len do 5 mesiacov od jeho udelenia alebo do uzatvorenia zmluvy, čo nastane skôr, a je dobrovoľný – jeho odmietnutie nebráni predloženiu alternatívnej ponuky bez zdravotných údajov. Máte právo ho kedykoľvek jednoducho odvolať.

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol poisťovníou 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 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 poisťovní, 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. Poisťovnía 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 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 poisťovní, 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. Poisťovnía 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,
uvedte vzťah k poistníkovi, napr. matka).....
podpis druhého poisteného alebo jeho zákonného zástupcu
(ak za poisteného, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,
uvedte vzťah k druhému poistenému, napr. matka)