

Příjmení a jméno

Váha (kg)

Výška (cm)

Rok narození

Prohlášení o zdravotním stavu

Timto závazně prohlašuji, že do data uzavření pojistné smlouvy včetně jsem dle svého vědomí zdrav(a), nemám žádné zdravotní problémy, není mi diagnostikováno žádné onemocnění a nejsem nebo nemám být ve sledování praktickým či jiným odborným lékařem, neužívám ani nemám užívat žádné léky a neužívám ani jsem neužíval(a) žádné omamné nebo psychotropní látky. Dále prohlašuji, že v období bezprostředně předcházejícím uzavření pojistné smlouvy jsem nepodstoupil(a) žádné lékařské vyšetření, jehož výsledek není ke dni uzavření pojistné smlouvy znám. Současně prohlašuji, že nejsem v pracovní neschopnosti a za uplynulých 12 měsíců jsem nebyl(a) v pracovní neschopnosti delší než 20 po sobě následujících dní a není u mne plánován žádný chirurgický zákrok. Jsem si vědom(a) existence výluky z pojistného plnění dle ustanovení čl. 2 odst. 3. Zvláštních pojistných podmínek ING Smart.

☐ S výše uvedeným souhlasím. ☐ S výše uvedeným nesouhlasím a nedílnou součástí pojistné smlouvy je vyplněný zdravotní dotazník.

VPYPLŇTE OTÁZKY 1 AŽ 5.

ANO NE

Pokud ano, uveďte podrobnosti (název onemocnění, datum zjištění, léčbu včetně názvů léků a dávkování).

1. Kouřil(a) jste nebo užíval(a) jakoukoli formu tabákového nebo nikotinového produktu v posledních 12 měsících? Uveďte typ a průměrnou denní dávku. ☐ ☐

2. Měl(a) jste v minulosti závažné zdravotní komplikace, například jakoukoli formu srdeční choroby, mrtvici, rakovinu, žloutenku B nebo C, či vám byl oznámen pozitivní výsledek HIV testu? ☐ ☐

3. Byl(a) jste v minulosti vyšetřen(a), léčíte se či máte být ve sledování pro chronické nebo dlouhodobé onemocnění, jako je cukrovka, vysoký krevní tlak, zvýšený cholesterol, závislost na alkoholu, nebo jakoukoli jinou závislost, onemocnění jater či ledvin, duševní onemocnění (které si vyžadovalo léčbu či pracovní neschopnost), nebo roztroušenou sklerózu? ☐ ☐

4. Užíval(a) jste v posledních 24 měsících nějakou formu léků déle než 2 týdny? Plánujete návštěvu jakéhokoli lékaře v blízké budoucnosti? ☐ ☐

5. Byl(a) jste za posledních 24 měsíců v pracovní neschopnosti trvající déle než 2 týdny, nebo se momentálně nacházíte v pracovní neschopnosti? Máte zdravotní obtíže či tělesnou vadu, která vás jakýmkoli způsobem omezuje při vykonávání zaměstnání, nebo je u vás (v období následujícího roku) plánována jakákoliv operace? ☐ ☐

VPYPLŇTE OTÁZKY 6 AŽ 9, JE-LI VÁS VĚK VYŠŠÍ NEŽ 50 LET NEBO PČ NA HLAVNÍ KRYTÍ VYŠŠÍ NEŽ 1 000 000 Kč, NEBO PČ NA PŘIPOJIŠTĚNÍ JE VYŠŠÍ NEŽ LIMIT.

6. Prodělal(a) jste v posledních 5 letech operaci, respektive byl(a) jste ve zdravotnickém zařízení hospitalizován(a) 2 a více nocí? ☐ ☐

7. Absolvoval(a) jste v posledních 5 letech speciální vyšetření nebo test, jako je EKG (elektrokardiografické vyšetření), MRI (magnetická rezonance), CT (počítačová tomografie), endoskopické či jiné vyšetření? Uveďte název, důvod vyšetření a jeho výsledek. ☐ ☐

8. Prodělal(a) jste v posledních 5 letech některou z těchto nemocí?
☐ jakoukoli poruchu srdce nebo krevního oběhu, bolest na hrudi, arytmií, krvácení do mozku nebo nedokrvění mozku

☐ jakoukoli poruchu spojenou se zažívacím traktem, jako je např. vřed, gastritida, kolitida nebo Crohnova choroba

☐ jakoukoli poruchu nervového systému, jako je např. epilepsie nebo záchvaty, ochrnutí, závratě či brnění

☐ jakoukoli poruchu dýchací soustavy, jako např. astma, chronická bronchitida nebo rozedma plic

☐ jakékoli duševní obtíže, např. úzkost, deprese, nervové zhroucení, stres, pokus o sebevraždu, chronická únava, porucha příjmu potravy

☐ jakékoli onemocnění zad nebo kloubů, jako je např. artritida, ischias nebo jiné onemocnění pohybového aparátu

☐ nálezy v krvi nebo moči, které nebyly uvedeny výše a které vyžadovaly testy, konzultaci nebo léčbu

9. Odmítla vám v minulosti jiná pojišťovna životní či úrazové pojištění? Nebo vám byla navržena výluka určité části pojištění? ☐ ☐

SJEDNÁVÁTE-LI SI PŘIPOJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ, VPYPLŇTE PROSÍM OTÁZKY S ČÍSLEM 10 AŽ 12.

10. Měl(a) jste v uplynulých 5 letech bulk, výrůstky, krvácející místa na kůži, či bolestivá místa a útvary měnící barvu nebo velikost? ☐ ☐

11. Byly u vás v posledních 5 letech zaznamenány jakékoli poruchy citlivosti, otoky, pocity brnění končetiny nebo obličeje, ztráty svalové síly, rozmazané nebo dvojité vidění, které nelze korigovat brýlemi a kontaktními čočkami? ☐ ☐

12. Onemocněl nebo zemřel někdo z vašich přímých příbuzných (rodiče a sourozenci) na některé z dále uvedených chorob před 60. rokem věku: srdeční choroby, mrtvice, rakovina, roztroušená skleróza, Huntingtonova nemoc, polycystické ledviny, polypy v tlustém střevě nebo dědičná choroba? Uveďte i příbuzenský vztah. ☐ ☐

UVEĎTE JMÉNO, ADRESU (ULICE, Č.P., MĚSTO, PSČ) A TELEFON OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE:

Dne

Podpis pojistného/zákonného zástupce