

Dotazník pojištěného

POJISTITEL

Příjmení a jméno

rodné číslo

I. Uveďte přesnou adresu (vč. telefonu) lékaře, který má Vaši zdravotní dokumentaci:

Navštěvujete pravidelně odborného lékaře?

NE ANO
☐ ☐

Pokud ano, uveďte jeho adresu, odbornost a datum a důvod poslední prohlídky:

II. Povolání:

1. Povolání, pracovní zařazení (funkce):

2. Obor činnosti (odvětví):

III. Zaškrtněte zvolenou odpověď (v případě ANO uveďte detaily):

1. Jste v současné době v pracovní neschopnosti?

NE ANO
☐ ☐

Od kdy a s jakou diagnózou:

2. a) Byl/a jste v posledních pěti letech v pracovní neschopnosti delší než čtyři týdny?

NE ANO
☐ ☐

a) Od kdy a s jakou diagnózou:

b) Máte jiné zdravotní problémy?

NE ANO
☐ ☐

b) Jaké:

3. a) Máte změněnou pracovní schopnost?

NE ANO
☐ ☐

a) Důvod a od kdy:

b) Jste v invalidním důchodu 1., 2., nebo 3. stupně?

NE ANO
☐ ☐

b) Důvod, stupeň a od kdy:

4. Máte již sjednáno životní pojištění, úrazové pojištění, pojištění denních dávek nebo pojištění pracovní neschopnosti z důvodu nemoci?

NE ANO
☐ ☐

Uveďte konkrétně:

5. Bylo Vám již v minulosti životní nebo úrazové pojištění vypovězeno, popř. přijato za zvýšené pojistné nebo s omezeným krytím?

NE ANO
☐ ☐

IV. Trpíte nebo jste v minulosti trpěl/a chorobami nebo potížemi souvisejícími s:

Přesná diagnóza, výsledek vyšetření:

1. dýchacím systémem (astma, opakující se nebo chronická bronchitida, zápal plic, plicní tuberkulóza)?

NE ANO
☐ ☐

2. srdcem a cévním systémem (vysoký krevní tlak, infarkt, oběhové potíže, vrozená srdeční vada, srdeční selhání, stavy bušení srdce, cévní mozková příhoda, zánět žil, křečové žíly aj.)?

NE ANO
☐ ☐

Aktuální hodnota krevního tlaku:

3. nervovým systémem (epilepsie, zvrátě, obrna, postižení nervů aj.)?

NE ANO
☐ ☐

Jak dlouho, způsob léčby:

4. psychickými potížemi (únava, deprese, neuróza, pokus o sebevraždu aj.), poruchami chování?

NE ANO
☐ ☐

Jak dlouho, způsob léčby:

5. zažívacím systémem (brániční kýla, žaludeční, dvanácterníkový vřed, jiné žaludeční nebo střevní problémy, např. záněty, krvácení, hemeroidy, choroby jaterní, nemoci žlučníku, slinivky břišní apod.)?

NE ANO
☐ ☐

6. močopohlavním systémem (choroby ledvin, močových cest nebo měchýře, močové kameny, prostaty, krev nebo bílkoviny v moči, gynekologické potíže aj.)?

NE ANO
☐ ☐

Jak dlouho, způsob léčby:

7. imunitním systémem a infekčními chorobami (AIDS, pohlavně přenosná onemocnění, infekční žloutenka, tropické nemoci aj.)?

NE ANO
☐ ☐

Typ, jak dlouho, způsob léčby:

8. kožními chorobami (ekzémy, alergie, lupénka, plísň, rakovina kůže)?

NE ANO
☐ ☐

9. chorobami krve a metabolismu a jinými hormonálními poruchami?
a) cukrovka

NE ANO
☐ ☐

a) Jaký typ, jak dlouho:

b) cholesterol

NE ANO
☐ ☐

b) Hodnota:

c) onemocnění štítné žlázy

NE ANO
☐ ☐

c) Hyperfunkce, nebo hypofunkce:

d) poruchy krvetvorby, srážlivosti

NE ANO
☐ ☐

d) Uveďte konkrétní diagnózu:

e) dna, chudokrevnost

NE ANO
☐ ☐

e)

10. zrakem nebo sluchem (vady zraku – krátkozrakost, dalekozrakost, snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zelený zákal, vady sluchu – záněty aj.)?	NE ☐	ANO ☐	Dioptrie – vlevo – vpravo
11. Vyskytla se u Vás zhoubná onemocnění?	NE ☐	ANO ☐	Jaká, kdy a kdy byla ukončena léčba: Přiložte poslední zprávu z onkologie.
12. Podstoupil/a jste v posledních pěti letech speciální vyšetření (RTG, CT, NMR, EKG, EEG, ultrazvuk, endoskopie, ozařování aj.)?	NE ☐	ANO ☐	Jaké, důvod:
13. Byla u Vás zjištěna HIV pozitivita (AIDS)?	NE ☐	ANO ☐	
14. Jaká je Vaše váha a výška?	Váha: kg Výška: cm		
15. Kouříte?	NE ☐	ANO ☐	Co, kolik denně, jak dlouho:
16. Pijete pravidelně alkohol?	NE ☐	ANO ☐	Co, kolik denně, jak dlouho:
17. Užíváte pravidelně léky, jste pod lékařským dohledem? Byly Vám někdy předepsány léky s dobou užívání delší než čtyři týdny?	NE ☐	ANO ☐	Jaké, jak dlouho, dávkování:
18. Užíváte nebo jste užíval/a narkotika nebo drogy?	NE ☐	ANO ☐	Jaké a kdy:
19. Vyskytl se u Vás úraz (otrava) vyžadující pobyt, vyšetření v nemocnici (operaci), popř. další léčení? Je u Vás tento pobyt (operace) v současnosti plánován?	NE ☐	ANO ☐	Kdy, důvod, následky (v případě úrazu končetiny uveďte pravá/levá):
20. Vykonáváte povolání se zvýšeným rizikem úrazu, případně sportovní, zájmovou nebo jinou činnost se zvýšeným rizikem úrazu? Jakého druhu, u sportu na jaké úrovni, zda rekreačně či v jaké soutěži a jak často?	NE ☐	ANO ☐	Uveďte konkrétně:
21. Trpíte nebo jste v posledních sedmi letech trpěl/a obtížemi, onemocněními nebo úrazy souvisejícími se svalovým a kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, šlachy, záda, šíje, ramena, záněty kloubů, revmatismus aj.)?	NE ☐	ANO ☐	Kdy, důvod, následky:
22. Trpěli nebo trpí někteří z Vašich přímých příbuzných (žijící či zemřelí) před 60. rokem věku srdečními nebo oběhovými chorobami, cévní mozkovou příhodou, rakovinou, ledvinovými onemocněními, cukrovkou, vysokým tlakem, psychickými poruchami, popř. jinými dědičnými onemocněními?	NE ☐	ANO ☐	Uveďte chorobu, příbuzenský vztah a věk v době onemocnění (popř. v době úmrtí):
23. Pro žadatelky ženy: a) Navštěvujete pravidelně gynekologa? b) Jste těhotná? c) Měla jste někdy gynekologické potíže nebo onemocnění prsu?	NE ☐	ANO ☐	a) Uveďte jeho adresu a datum a důvod poslední návštěvy: b) Předpokládaný termín porodu: c)

Jsem si vědom/a toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku provede Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, ocenění přejímaného rizika a rozhodne o jeho přijetí. Prohlašuji, že jsem na všechny uvedené dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Datum

Podpis pojistníka, pojištěného

Vyjádření oddělení vzniku a kontroly pojištění k návrhu pojištění (jen pro vnitřní účely – vyplňuje pojistitel):

Datum	Podpis
----------------------------	-----------------------------