

Meno a priezvisko klienta/klientky:
Dátum narodenia:
Rodné číslo:
Adresa:
Zamestnanie (presné označenie pracovnej činnosti):

Mám záujem o úrazové poistenie:

Tarifa:	Poistná suma: smrť následkom úrazu	Poistná suma: Trvalé následky úrazu	Poistná suma: Denné odškodné počas nevyhnutného liečenia	Poistná suma: Denné odškodné pri pobyte v nemocnici

V Allianz-Slovenskej poisťovni a.s. mám už dojednané tieto poistenia:

Typ poistenia

Poistná suma:

! Otázky sa nemôžu vynechávať ani meniť. Na každú otázku je potrebné odpovedať ÁNO – NIE.

Odvoly na predchádzajúce údaje nestačia.

1. Vyskytli sa u Vás vrodené vady pohybového aparátu ?	áno	nie
Ak áno, prosím uveďte aké, a súčasný stav:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Utrpeli ste úrazy, zranenia za posledných desať rokov ?	áno	nie
Ak áno, kedy? Špecifikujte prosím druh zranenia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zanechali úrazy alebo zranenia následky, ktoré ovplyvňujú Vaše zdravie, športové aktivity a znižujú pracovnú schopnosť ? Ak áno, špecifikujte ako:	áno	nie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Liečili ste sa alebo ste boli vyšetrovaný v súvislosti s uvedenými úrazmi alebo zraneniami v nemocniciach alebo iných liečebných zariadeniach?	áno	nie
Ak áno, špecifikujte prosím kedy? Kde? (meno a adresa lekára)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Poberali ste alebo poberáte invalidný dôchodok ?	áno	nie
Ak áno, prečo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Trpíte / trpeli ste týmito ochoreniami alebo poruchami ?		áno	nie
cukrovka (ako dlho, druh liečby, komplikácie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	áno	nie	
ochorenie pečene (kedy, liečba, súčasný stav)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	áno	nie	
TBC (kedy, lokalizácia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	áno	nie	
ochorenie krvi alebo krvotvorných orgánov (kedy, aké, druh liečby)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	áno	nie	
epilepsia (odkedy, druh liečby, dátum posledného ataku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	áno	nie	
osteoporóza a choroby, ktoré s týmto ochorením súvisia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	áno	nie	
ochorenie kostí, kĺbov, platničiek,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	áno	nie	
kĺbový reumatizmus, reumatické ťažkosti,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	áno	nie	
dna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ak ste odpovedali "áno", prosím špecifikujte:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
7. Boli ste operovaný/á? Ak áno, uveďte prosím kedy a druh operácie:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
8. Ste vo Vašom zamestnaní vystavený/á zvláštnemu nebezpečenstvu?			
Ak "áno", špecifikujte prosím:		áno	nie
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
9. Športujete?			
Uveďte prosím druh športovej činnosti a spôsob vykonávania:		áno	nie
rekreačne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
amatérsky	<input type="checkbox"/>		druh súťaží / názov ligy
profesionálne	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
10. Vykonávate extrémne športy?*			
Ak "áno", uveďte názov športu dĺžku obdobia odkedy sa tomuto športu venujete (rok), ako často:		áno	nie
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			ak súťaže, uveďte aké, ako často:
<input type="text"/>			<input type="text"/>
<input type="text"/>			<input type="text"/>
V prípade vykonávania extrémnych športov mimo územia SR, uveďte prosím názov krajiny/krajín:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
11. Navštívili ste v posledných šiestich mesiacoch niektorú krajinu mimo Európy?			
Ak áno, uveďte prosím názov krajiny a dátum návratu:		áno	nie
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

*Ad 10: *extrémne športy napr.: apnoe diving, SCAD diving, bungee jumping, kitesurfing, rafting, yamakasi, zorbing, body flying (aerodium), BASE jumping, kanoistika mimo Európy, house running (zliezanie budov), hydrospeed, parasailing, parašutizmus, paragliding, alpinizmus, skialpinizmus....*

Svojim vlastnoručným podpisom potvrdzujem, že toto vyhlásenie tvorí súčasť mojej žiadosti o poistenie, že som na otázky odpovedal osobne a pravdivo, a že som nič nezamĺčal/a .

.....
Miesto a dátum

.....
Podpis poisťovanej osoby