F4LA55320M

Dôverné

Allianz Slovenská poisťovňa

Dotazník o zdravotnom stave poisteného

Priezvisko, meno, titul

Ulica, číslo, miesto

PSČ Telefón

Zamestnanie

Dátum narodenia Rodné číslo

Meno, adresa, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

Výška poisteného cm

Hmotnosť poisteného kg

	ÁNO	NIE
1) Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety, cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo)	☐	☐
2) Pijete alkoholické nápoje? (ak áno, uveďte denné množstvo a druh alkoholu)	☐	☐
3) Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy ste práceneschopný)	☐	☐
4) Ste v súčasnej dobe liečený alebo lekársky sledovaný pre nejaké ochorenie? (ak áno, uveďte ochorenie a dátum odkedy)	☐	☐
5) Utrpeli ste niekedy úraz? (ak áno, uveďte aký úraz, kedy, dĺžku a spôsob liečby, následky úrazu)	☐	☐
6) Boli ste v posledných 10 rokoch vyšetrovaný, liečený, operovaný, hospitalizovaný v nemocnici, absolvovali ste pobyt v sanatóriu, kúpeľoch? (ak áno, uveďte z akého dôvodu, kedy, súčasný stav)	☐	☐
7) Boli alebo ste liečený, vyskytli sa u Vás príznaky: (uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav) • ochorenie srdca, ciev, krvi, vysoký krvný tlak, diabetes, ochorenie pľúc a dýchacích ciest, alergia, nervové alebo psychické poruchy, nádorové ochorenia, ochorenie lymfatických uzlín, mŕtvica • ochorenie tráviaceho traktu, poruchy metabolizmu, štítnej žľazy, pečene, močového a pohlavného systému, chronický únavový syndróm • neuritída, ischias, reumatizmus, artritída, dna, psoriáza, ochorenie alebo poškodenie svalov, kostí, kĺbov, chrbtice, poškodenie alebo porucha očí a uší • iné ochorenia, poškodenia	☐	☐
8) Absolvovali ste konzultáciu s lekárom alebo ste sa podrobili vyšetreniu alebo liečbe v súvislosti s AIDS, pohlavnými chorobami, infekčnými ochoreniami, TBC? (ak áno, uveďte druh vyšetrenia, výsledok, následnú liečbu, obdobie)	☐	☐
9) Boli ste niekedy odporúčaný, alebo ste sa podrobili liečbe v dôsledku užívania alkoholu, liekov, drog, alebo inej závislosti?	☐	☐

	ÁNO	NIE
10) Ste v súčasnej dobe tehotná? (ak áno, uveďte týždeň tehotenstva, či je tehotenstvo rizikové a výsledok posledného vyšetrenia)	☐	☐
11) Absolvovali ste konzultáciu alebo vyšetrenie u lekára za účelom podrobenia sa lekárskemu zákroku, operácii? Máte plánovaný zákrok /operáciu?(Ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu a meno lekára)	☐	☐
12) Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, od kedy, ako často)	☐	☐
13) Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov ochorenia srdca, krvného obehu, vysoký krvný tlak, nádory, mŕtvica, skleróza multiplex, TBC, ochorenie obličiek, psychické poruchy, cukrovka, epilepsia, nervové a dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? (zahŕňa iba rodičov, ktorí zomreli pred dosiahnutím veku 60 rokov, alebo žijú a sú k dátumu dojednania poistenia mladší ako 60 rokov a do tohoto veku im bolo diagnostikované dané ochorenie). *(na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednania pripoistenia kritických chorôb)*	☐	☐
14) Poberali ste/poberáte, žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od-do, % poklesu pracovnej schopnosti)	☐	☐
15) Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania, napr. amatérsky, rekreačne, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže)	☐	☐
16) Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, horolezectvo a pod.? (ak áno,konkretizujte druh činnosti)	☐	☐
17) Máte už dojednané poistenie v bývalej Allianz poisťovni, a.s., v bývalej Slovenskej poisťovni, a.s., príp. v Allianz- Slovenskej poisťovni, a.s? (ak áno uveďte typ poistenia, číslo poistnej zmluvy)	☐	☐
18) Ste pravák? *(na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednania trvalých následkov úrazu)*	☐	☐

Ak by ste na niektorú z uvedených otázok odpovedali „ÁNO“, uveďte prosím číslo otázky a všetky podrobnosti podľa pokynov uvedených pri otázke.

Tl. č. 5532/Xm – X./2008

Vyhlásenie poistníka a poisteného

Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 95/2002 Z.z. o poisťovníctve a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa, zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií. Zároveň dávam súhlas: s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, likvidáciou poistných udalostí, vymáhaním pohľadávok a zaisťovniam na účely zaistenia, s cezhraničným prenosom osobných údajov vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Zároveň prehlasujem, že v prípade, ak sú v poistnej zmluve uvedené osobné údaje inej osoby, mám od tejto osoby písomný súhlas k ich použitiu pre účely poistenia v zmysle poistnej zmluvy, plnenia podľa poistných podmienok a likvidácie poistnej udalosti.

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa sú úplné a pravdivé.

Som si vedomý(á), že nepravdivé, či neúplné odpovede môžu mať za následok odstúpenie od zmluvy, alebo zníženie, či odmietnutie plnenia v zmysle ustanovení Občianskeho zákonníka, poistných podmienok a zmluvných dojednaní.

Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil(a), liečim a budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnícku starostlivosť k vyhotoveniu lekárskych správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poistnej zmluvy a pre vybavovanie poistnej udalosti i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečili, alebo s ktorými som konzultoval svoj zdravotný stav.

Dátum

☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐☐

Podpis poistníka	Podpis poisteného, ak je iný než poistník alebo zákonného zástupcu	Podpis sprostredkovateľa poistenia (odtlačok pečiatky)