



ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

k návrhu poistnej zmluvy

Číslo návrhu

| | | Priezvisko, meno, titul | Rodné číslo |
|----------------|----|-------------------------|-------------|
| Poistená osoba | P1 | | |
| | P2 | | |
| | P3 | | |
| | P4 | | |
| | P5 | | |

1. Ste v súčasnej dobe uznaný za práceneschopného (t.j. ste PN), resp. ospravedlnený zo školského vyučovania z dôvodu liečenia? P1 Nie Áno P2 Nie Áno
- 2a) Užívate drogy alebo iné návykové látky, alebo ste sa podrobili odvykaciemu liečeniu za posledné 2 roky? P1 Nie Áno P2 Nie Áno
- Ak je odpoveď „áno“ aspoň na jednu z otázok 1 a 2a), tak je klient momentálne neprijateľný do poistenia.**

Ak je odpoveď na otázky 2b) až 11 „áno“, prosím uveďte ktorého poisteného sa pri vyplňaní podrobností k odpovedi týkajú.

- 2b) Podrobili ste sa odvykaciemu liečeniu pred viac ako 2 rokmi a menej ako 5 rokmi? P1 Nie Áno P2 Nie Áno

Aké? Kedy?

3. Aká je Vaša výška a hmotnosť? P1 cm kg P2 cm kg

- 4a) Užívate lieky na alergiu alebo štítnu žľazu? P1 Nie Áno P2 Nie Áno

Ak áno, aké?

- 4b) Užívate lieky na Asthma bronchiale? P1 Nie Áno P2 Nie Áno

Ak áno, aké?

- 4c) Užívate iné lieky? P1 Nie Áno P2 Nie Áno

Ak áno, aké?

5. Fajčíte viac ako 20 ks cigariet denne? P1 Nie Áno P2 Nie Áno

6. Utrpeli ste úraz kostí, svalov alebo kĺbov za posledných 10 rokov? Ak áno, aké následky Vám zanechal? P1 Nie Áno P2 Nie Áno

7. Bola Vám priznaná invalidita? Ak áno, vyznačte v % pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť. *Odkedy? Príčina?* P1 Nie Áno do 70 % (vrátane) nad 70 % P2 Nie Áno do 70 % (vrátane) nad 70 %

8. Máte alebo mali ste v minulosti ochorenie: srdca a ciev, zvýšený krvný tlak, neurologické, duševné/psychické, onkologické, ochorenie krvi? Ak áno, aké? *Odkedy? Dokedy?* P1 Nie Áno P2 Nie Áno

9. Máte alebo mali ste za posledných 20 rokov ochorenie gynekologické alebo urologické, ochorenie pohybového aparátu a chrbtice, choroby žliaz s vnútorným vylučovaním (napr. cukrovka, och. štítnej žľazy, nadobličiek...), dýchacích orgánov, AIDS alebo HIV-pozitivitu? Ak áno, aké? *Odkedy? Dokedy?* P1 Nie Áno P2 Nie Áno

10. Máte alebo mali ste za posledných 10 rokov choroby oka alebo predpísané dioptrie nad +10/-10, alebo ochorenia ucha, kože, ochorenie tráviaceho traktu, močových ciest a obličiek, infekčné ochorenie, hormonálne poruchy? Ak áno, aké? *Odkedy? Dokedy?* P1 Nie Áno P2 Nie Áno

11. Boli ste za posledných 10 rokov hospitalizovaný/operovaný, alebo máte plánovanú hospitalizáciu/operáciu? (*Hospitalizácie súvisiace s tehotenstvom neuvádzať*) Ak áno, kedy? Uveďte aj dôvod a bližšiu špecifikáciu. P1 Nie Áno P2 Nie Áno

12. Trpia spolupoistené deti P3 - P5 na choroby alebo telesné chyby v zmysle horeuvedených otázok?

P3 Nie Áno P4 Nie Áno P5 Nie Áno

Na Aké?

Ak v zdravotnom dotazníku nie je dost' miesta pre odpoveď, uveďte číslo otázky a odpoveď na osobitnom liste a priložte ho k návrhu PZ.

Vyhlasenie poisteného:

Svojím podpisom **potvrdzujem**, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a súhlasím s ich postúpením na poisťteľa; v prípade, ak pri niektorej z otázok nie je vyplnená kolónka „áno“ a zároveň nie je vyplnená kolónka „nie“, platí ako odpoveď „nie“. Tento dotazník je neoddeliteľnou súčasťou vyššie uvedeného návrhu poistnej zmluvy.

..... P1 P2 P3 - P5

Miesto, dátum Podpis P1, P2, P3 – P5, resp. jeho/ich zákonného zástupcu*

Za poisťteľa dotazník prevzal

* za poisťované neplnoleté deti podpisuje návrh PZ vždy ich zákonný zástupca