



## Dotazník na zdravotní stav pojištěného

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Rodné číslo   | Příjmení   | Jméno  | Titul                                       |
| Povolání a obor činnosti<br>(u dětí a studentů zájmová činnost) |  | Riziková skupina <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3  | Zvýšené riziko <input type="checkbox"/> Ano |
| Provozoval(a) jste nebo provozujete sport?                      | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | <input type="checkbox"/> rekreačně <input type="checkbox"/> amatérsky jako registrovaný sportovec <input type="checkbox"/> profesionálně |   |
| Jaký? V jaké soutěži? Jak dlouho, případně od kdy do kdy?       |  |  |   |

|            |               |
|------------|---------------|
| Výška (cm) | Hmotnost (kg) |
|------------|---------------|

**Který lékař je nejlépe informován o Vašem zdravotním stavu?** (Uveďte prosím jméno či název zdravotnického zařízení, adresu a příp. kontaktní telefon)

|                          |                        |
|--------------------------|------------------------|
| Jméno praktického lékaře | Jméno odborného lékaře |
| Adresa, PSČ              | Adresa, PSČ            |
| Telefon                  | Telefon                |

Na všechny následující otázky odpovídejte „ano“ nebo „ne“. Odpovíte-li „ano“, je nutné zodpovědět každou podotázku. Při nedostatku místa přiložte doplňující informace na volném listu A4.

|   |  |                              |
|---|--|------------------------------|
| <b>1. Trpíte v současné době zdravotními problémy nebo obtížemi?</b>      | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Od kdy a jakými?             |
| <b>Jste dlouhodobě léčen(a), vyšetřován(a) nebo sledován(a) u lékaře?</b> | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Od kdy a pro jakou diagnózu? |

**2. Máte nebo měl(a) jste některou z uvedených chorob či zdravotních obtíží?**

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>a) cukrovka</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Jak dlouho, který typ a způsob léčby? <b>Přiložte lékařskou zprávu popř. kopii průkazu diabetika.</b>   |
| <b>b) vysoký krevní tlak, mozková příhoda, srdeční infarkt, jiná onemocnění srdce a cév</b> | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, potíže, způsob léčby?<br>Aktuální hodnota krevního tlaku: /   |
| <b>c) onemocnění pohybového aparátu</b>   | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, potíže, způsob léčby?   |
| <b>d) epilepsie, bezvědomí, roztroušená skleróza, jiná neurologická onemocnění</b>          | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho? U epilepsie typ grand / petit mal, počet záchvatů celkem, kdy byl poslední, způsob léčby:<br>U epilepsie vyřazen z neurologické evidence? <input type="checkbox"/> Ano |
| <b>e) psychické obtíže a poruchy chování</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, potíže, způsob léčby?  |

V případě sjednání samostatného úrazového pojištění není povinností odpovídat na otázky 2. f) až 2. j).

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>f) onemocnění trávicí soustavy</b>   | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, potíže, způsob léčby? |
| <b>g) alergie, astma, jiná onemocnění dýchací soustavy</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, potíže, způsob léčby? |
| <b>h) kožní onemocnění a pohlavní choroby</b>   | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, potíže, způsob léčby?          |
| <b>i) onemocnění močového ústrojí, gynekologická onemocnění, onemocnění prsu, onemocnění pohlavních orgánů</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, potíže, způsob léčby? |
| <b>j) jiná onemocnění (nezhoubné nádory, krevní onemocnění, onemocnění štítné žlázy, infekční onemocnění, žloutenka, mononukleóza, HIV pozitivita, AIDS, apod.)</b> | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, potíže, způsob léčby? |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>3. Užíváte nějaké léky?</b>   | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Jaké, jak dlouho, jaké dávkování a důvod užívání?<br>.....<br>.....  |
| <b>4. Máte být operován(a)?</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Kdy a pro jakou diagnózu?<br>.....   |
| <b>Čekáte na výsledky nálezů nějakého vyšetření?</b>   | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Jaké a kdy bylo provedeno?<br>.....  |
| <b>Je u Vás plánováno vyšetření nebo hospitalizace v nemocnici?</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Kdy a pro jakou diagnózu?<br>.....   |
| <b>5. Byl(a) jste v posledních pěti letech ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti déle než 4 týdny?</b>   | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Od kdy a pro jakou diagnózu?<br>.....  |
| <b>6. Pobíral(a), pobíráte, žádal(a) jste o invalidní důchod? Jste nebo jste byl(a) držitelem průkazu zdravotně postiženého TP, ZTP, ZTP-P. Měl(a) jste změněnou pracovní schopnost (ZPS)?</b> | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, od kdy, do kdy a pro jakou diagnózu?<br>.....  |
| <b>7. Byl(a) jste v posledních 10 letech operován(a) nebo hospitalizován(a) v nemocnici? Pobýval(a) jste v posledních 10 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře?</b>                 | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Kdy, kde, z jakého důvodu a jak dlouho?<br>.....<br>.....  |
| <b>8. Máte nebo měl(a) jste onkologické onemocnění?</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Kdy a pro jakou diagnózu?<br>.....   |
| <b>Podstoupil(a) jste z důvodu onkologického onemocnění operaci nebo chemoterapeutickou léčbu nebo léčbu ozářením?</b>   | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | .....  |
| <b>9. Podstoupil(a) jste v posledních 5 letech vyšetření RTG, EKG, SONO, izotopy, EEG, CT vyšetření, vyšetření magnetickou rezonancí, endoskopická či jiná vyšetření?</b>                      | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Jaké, kdy, kde, z jakého důvodu a s jakým výsledkem?<br>.....  |
| <b>10. Utrpěl(a) jste v minulosti úraz?</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Kdy, jaká část těla byla poškozena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla poškozena:<br>.....  |
| <b>Zanechal úraz trvalé následky?</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Jaké?<br>.....   |
| <b>11. Užíval(a) jste nebo užíváte drogy, návykové látky nebo pijete pravidelně alkoholické nápoje?</b>  | <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano | Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho příp. od kdy do kdy? <input type="checkbox"/> návykové látky <input type="checkbox"/> kouření <input type="checkbox"/> alkoholické nápoje<br>..... |

## Přílohy:

.....  
.....

Jsem si vědom(a) toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku na zdravotní stav pojištěného ocení pojišťitel přejímané riziko a rozhodne o jeho přijetí. Budou-li ze zdravotní dokumentace zjištěny takové skutečnosti, které budou bránit převzetí rizik v uvažovaném rozsahu, souhlasím s tím, aby pojištění krytí bylo v pojištné smlouvě dodatečně upraveno formou nového smluvního ujednání.

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťitele v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplně a uvedl(a) jsem všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Jsem si vědom(a), že neúplné nebo nepravdivé odpovědi mohou mít za následek odstoupení od smlouvy nebo odmítnutí plnění ve smyslu ustanovení zákona č. 37/2004 Sb., o pojištné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů, a pojištných podmínek, které jsem obdržel(a) při uzavření pojištné smlouvy.

Zmocňuji tímto pojišťitele, aby z důvodu zjištění mého zdravotního stavu, případně i zjištění příčin mé smrti, v souvislosti s výkonem práv a plněním povinností pojišťitele plynoucích z pojištné smlouvy činil dotazy, a to i po mé smrti, ohledně mého zdravotního stavu u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení) a žádal tyto lékaře (zdravotnická zařízení) o poskytnutí zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu.

Zároveň v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, opravňuji příslušného lékaře (zdravotnické zařízení), aby pojišťiteli na jeho žádost – v rozsahu výše uvedeného zmocnění – poskytl požadované informace tak, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

Pojištěný tímto ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a) dává souhlas pojišťiteli, aby jeho citlivé osobní údaje vypovídající o zdravotním stavu, uvedené v pojištné smlouvě, popř. v souvislosti s ní získané

- ▶ zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nutnou k zajištění výkonu a práv a plnění povinností plynoucích z pojištné smlouvy;
  - ▶ předával do jiných států, pokud to bude potřebné k zajištění výkonu a práv a plnění povinností plynoucích z pojištné smlouvy;
- b) je tímto informován
- ▶ o tom, že jeho osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu mohou být zpřístupněny třetím osobám v souladu s výše citovaným zákonem;
  - ▶ o právech v souladu s ustanovením § 12 a § 21 citovaného zákona souvisejících se zpracováním jeho osobních údajů, zejména pak o právu na poskytnutí informace o zpracování jeho osobních údajů.

Dne

201

Podpis pojištěného\*

\* Je-li pojištěný nebo pojištěný nezletilý, podepisuje se za něho zákonný zástupce.

Podpis pojištěného\* (není-li totožný s pojištěným)

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Vztah k pojištěnému / pojištníkově

Jméno a příjmení / název zástupce pojišťitele

Získatelské číslo

Osobní číslo spolupracovníka získatele