

Zdravotní dotazník

včetně souhlasu se zpracováním osobních údajů o zdravotním stavu

Číslo pojistné
smlouvy

Číslo obchodního
případu

0 2 6 3 4 5 1 2 6 5

ZÁJEMCE/
POJIŠTĚNÝ

Příjmení / Jméno /
Titul

Rodné
číslo

Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho současného
praktického lékaře a odborného lékaře (navštěvujete-li)

SOUHLAS
OSOBNÍ ÚDAJE

Souhlasíte s tím, abychom zpracovávali osobní údaje o Vašem zdravotním stavu? ANO ☐ NE ☐

Na základě tohoto souhlasu bude Generali Česká pojišťovna a.s. jako správce osobních údajů zpracovávat údaje o Vašem zdravotním stavu, je-li to nezbytné pro předsmluvní jednání (posouzení pojistného rizika) a sjednání pojištění nebo změnu pojištění. Tento souhlas je udělován na dobu do sjednání pojištění, resp. do sjednání jeho změny.

Váš souhlas je dobrovolný, až do okamžiku sjednání pojištění ho můžete odvolat, ale v takovém případě s Vámi nemůžeme pojištění nebo jeho změnu sjednat. Podrobnosti týkající se zpracování osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje a dále na obchodních místech Generali České pojišťovny a.s.

Jako zájemce o pojištění (pojištěný) jste povinen uvést všechny údaje úplně a pravdivě, a to i taková onemocnění, která se Vám jeví jako nepodstatná, neboť všechny odpovědi mají význam pro rozhodnutí pojistitele, jak bude ohodnoceno pojistné riziko, zda a za jakých podmínek jej pojistí. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojištění nebo na plnění pojistitele v případě pojistné události.

Část A Je-li přikládán zdravotní dotazník pouze z důvodu sjednání úrazového pojištění nad limity stanovené pojistitelem, vyplňte otázky 1 – 7b.

V ostatních případech je nutné vyplnit všechny otázky. Odpovídejte-li na jakoukoli otázku ANO, rozveďte v části B.

Vaše současná hmotnost kg a výška cm Zaškrtněte ANO NE Pokud kouříte, uveďte počet let a počet cigaret denně Zaškrtněte ANO NE

- Jste v současné době v pracovní neschopnosti?
- Jste v současné době léčen(a) či vyšetřován(a) pro nemoc nebo úraz?
- Vyžadovala Vaše nemoc či úraz v posledních 10 letech pobyt nebo léčení v nemocnici nebo jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?
- Byl(a) jste v posledních 10 letech operován(a) pro nemoc či úraz nebo je operace v současné době plánována nebo doporučena?
- Utrpěl(a) jste úraz v posledních 10 letech s dobou léčení delší než 4 týdny?
- Utrpěl(a) jste úraz, který zanechal trvalé následky?
- Uveďte, zda jste nebo jste byl(a) v průběhu svého života sledován(a) nebo léčen(a) pro nemoci:
 - páteře, kostí, kloubů, svalů a kůže (např. bolesti páteře, revmatismus, dna, ortopedické vady, lupénka, atopický ekzém)
 - očí, uší (např. slepota, hluchota)

Uveďte, pokud máte více než 7 dioptrií:

pravé levé oko

- srdce a cév (např. vysoký nebo kolísavý krevní tlak, poruchy srdečního rytmu, srdeční infarkt, mrtvice, embolie, trombóza, srdeční vady, zánět žil, křečové žíly, bérčový vřed)

- plic a dýchacích cest (např. astma, tuberkulóza, chronický zánět průdušek)
- jícnu, žaludku, střev, konečníku, jater, žlučníku, slinivky, sleziny
- ledvin, močových cest, prostaty, prsu, dělohy, vaječníků, vejcovodů
- štítné žlázy a metabolismu (např. cukrovka, zvýšený cholesterol)
- krve a mízních uzlin, imunity (např. anémie, únavaový syndrom)
- nervové (např. roztroušená skleróza, epilepsie, migréna, bolesti hlavy), duševní (i poruchy chování)
- rakovinu a jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy)
- infekční (mimo angíny, chřipky a virózy), tropické, pohlavní, HIV pozitivita, vrozené vady
- jiné, zde neuvedené nemoci (mimo angíny, chřipky, virózy apod.)
- Trpíte zdravotními obtížemi, pro které nejste sledován(a) ani léčen(a)?
- Byl(a) jste v posledních 3 letech tři nebo více týdnů nepřetržitě léčen(a) nebo v pracovní neschopnosti?
- Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 3 letech?
- Byl Vám přiznán částečný nebo plný invalidní důchod, invalidita prvního, druhého nebo třetího stupně nebo řízení o přiznání invalidity probíhá?
- Jste / byl jste závislý na alkoholu, hráchství nebo vám byla v této souvislosti doporučena léčba? Užíval jste / užíváte drogy?

ZÁKLADNÍ ČÁST

Část B Upřesnění z části A nemoci, úrazů, invalidního důchodu – pokud nedostačuje prostor, pokračujte na volný list papíru označený číslem pojistné smlouvy a podpisem zájemce o pojištění (pojištěného).

Pokud jste na některou otázku v části A odpověděl(a) ANO, uveďte a upřesněte u nemoci počátek, léčbu a ukončení léčení, u úrazu jeho datum a léčbu, u invalidity rok a důvod jejího přiznání.

číslo otázky	nemoc, úraz	počátek, délka trvání, ukončení (měs./rok)	léčba (léky, u operace měs./rok) důvod invalidity	léčba ukončena ANO NE
☐				☐
☐				☐
☐				☐
☐				☐
☐				☐
☐				☐
☐				☐
☐				☐
☐				☐
☐				☐

UPŘESNĚNÍ

Povinné pouze při sjednání pojištění závažných onemocnění.

13. Měli Vaši rodiče nebo sourozenci některou z těchto chorob: vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, cukrovku, cévní příhodu, nemoci ledvin, zvýšený cholesterol, nádorové onemocnění, vrozenou vadu s počátkem onemocnění do 60 let věku? Pokud ANO, uveďte níže název nemoci nebo příčinu smrti: ANO ☐ NE ☐

matka

otec

sourozenci

ZÁVÁŽNÁ
ONEMOCNĚNÍ

1C45015000013



Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné a v odpovědích jsem nezatajil(a) nic podstatného. Pokud nejsou odpovědi psány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a že jsou pravdivé. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může pojistitel dle § 2808 a § 2809 občanského zákoníku od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění, případně dle ustanovení § 2800 občanského zákoníku pojistné plnění přiměřeně snížit. Tento zdravotní dotazník je nedílnou součástí pojistné smlouvy. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj zdravotní stav nebo příčinu smrti u lékařů, zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, záchranné služby a zařízení poskytujících zdravotní péči (dále společně jen „lékaři“), u kterých jsem se dosud léčil(a), event. se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem uzavření pojistné smlouvy, případně změny pojistné smlouvy, zejména pro stanovení výše pojistného rizika a výše pojistného, a dále pro šetření pojistných událostí, a to i v době po mé smrti. Zmocňuji pojistitele k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě (a pořizování výpisů či opisů z ní) a zprošťuji pro tyto účely lékaře, orgány sociálního zabezpečení a orgány činné v trestním řízení mlčenlivosti o mém zdravotním stavu. Zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění. Zavazuji se bez zbytečného odkladu zajistit na výzvu pojistitele veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními.

Jméno a příjmení zájemce
o pojištění (pojištěného)

Rodné
číslo

V

Karlových Varech

dne 21. 8. 2020

4. 9. 2023

Podpis zájemce o pojištění (pojištěného)