



POJIŠTĚNÍ ZÁVAŽNÝCH ONEMOCNĚNÍ FÉNIX

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK PRO POJIŠTĚNÉHO:

JMÉNO:

Číslo pojistné smlouvy:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

PŘÍJMENÍ:

TITUL:

Datum narození:

Identifikace:
(rodné číslo / průkaz totožnosti)

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou k datu podpisu úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění.

Bez vyplnění a podpisu tohoto dotazníku pojištěným nelze pojištění sjednat! Zvolenou variantu označte křížkem
V případě uzavření pojistné smlouvy je tento vyplněný a podepsaný dotazník její nedílnou přílohou.

ČÁST A - Pojištění onkologických onemocnění (vyplňte vždy)

Bylo Vám někdy diagnostikováno nebo probíhá vyšetření na:

- a) zhoubné nádorové onemocnění nebo podezření na ně (na základě příznaků, výsledků lékařského vyšetření či laboratorních výsledků např. pozitivní onkologická cytologie, zvýšené PSA¹) ANO NE
- b) polycystické ledvinové onemocnění, polypóza tlustého střeva, zánětlivé onemocnění střev (Crohnova choroba nebo ulcerózní kolitida), jakákoliv forma chronické hepatitidy (žloutenka) a jaterní cirhóza, Barrettův jícen, transplantace orgánu, roztroušená skleróza, Systémový lupus erythematosus, Bazaliom nebo máte pozitivní test na HIV? ANO NE

ČÁST B - Pojištění dalších závažných onemocnění (vyplňte jen v případě výběru tohoto pojištění)

CHCI POJISTIT NECHCI POJISTIT

1. Bylo Vám někdy diagnostikováno některé z následujících onemocnění nebo zrovna probíhá vyšetření

- a) jakékoli bolesti na hrudi v souvislosti s ischemickou chorobou srdeční (angina pectoris), infarkt myokardu, srdeční arytmie vyžadující léčbu, srdeční šelest, revmatická horečka, srdeční selhání, jakákoliv jiná forma srdečního onemocnění či operace srdce? ANO NE
- b) cévní mozková příhoda ischemická včetně TIA² nebo hemoragická (krvácení do mozku), následná afázie/alexie/agrafie (neschopnost mluvit/číst/psát), nebo jakákoliv forma epilepsie nebo ochrnutí? ANO NE
- c) jakákoliv forma chronického ledvinového onemocnění, selhání ledvin, chronické obstrukční plicní onemocnění nebo emfyzém (rozedma plic)? ANO NE
- d) diabetes mellitus (cukrovka)? ANO NE
- e) jakákoliv forma roztroušené sklerózy nebo duševní onemocnění, pokusu o sebevraždu? ANO NE

2. Máte nebo jste měl/a za posledních 5 let tyto příznaky, pro které jste navštívil/a lékaře: jakýkoli pocit snížení nebo úplné ztráty citlivosti, brnění končetin či obličeje, snížení nebo ztráty svalové síly, rozmazané či dvojité vidění, které nelze řešit brýlemi, kontaktními čočkami či jinými léčebnými postupy? ANO NE

Prohlášení pojištěného

Pokud se ukáže, že uvedené údaje jsou neúplné nebo se nezakládají na pravdě, beru na vědomí, že pojistitel může pojistné plnění snížit, případně od pojistné smlouvy odstoupit. Dále prohlašuji, že souhlasím, pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události, s poskytnutím údajů o mém zdravotním stavu a opravňuji všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po mé smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat. Svě prohlášení stvrzuji podpisem.

Datum

.....
Podpis pojištěného (zák. zástupce/opatrovníka*)

*JMÉNO, PŘÍJMENÍ A DATUM NAROZENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE/OPATROVNÍKA :

.....

¹ „Prostatický specifický antigen“. PSA je produkován tkání prostaty, ať už normální či nádorovou. Testem PSA se měří hladina PSA v krvi.

² „Tranzitorní ischemická ataka“. Drobná cévní mozková příhoda z krátkodobého nedokrvení určitých oblastí mozku zejm. při ateroskleróze mozkových tepen či karotidy a vysokém krevním tlaku.