

DOTAZNÍK PRO POJIŠTĚNÉHO K PS č.:

POJIŠTĚNÝ:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Titul:

Identifikace:
(rodné číslo / průkaz totožnosti)

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.

DOTAZNÍK:

I. Úrazové pojištění

1. Utrpěl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Uvedte, jaká část těla byla poškozena. ANO NE

.....

2. Máte u jakékoliv pojišťovny uzavřenu platnou pojistnou smlouvu úrazového pojištění? Uvedte, u které a pojistné částky. ANO NE

.....

II. Pojištění denních dávek

ČÁST A – Pojištění pro případ hospitalizace v nemocnici

Máte u jakékoliv pojišťovny uzavřenu platnou pojistnou smlouvu pojištění hospitalizace? Uvedte, u které a pojistné částky. ANO NE

.....

ČÁST B – Pojištění pro případ pracovní neschopnosti

1. Jste v současné době nezaměstnaný/nebo bez pravidelného zdanitelného příjmu? ANO NE

.....

2. Máte již přiznán či žádáte o starobní nebo invalidní důchod jakéhokoliv stupně, nebo máte změněnou pracovní schopnost? ANO NE

.....

3. Jste v současného době v pracovní neschopnosti? ANO NE

.....

4. Byl/a jste nebo měl/a jste být v posledních 3 letech nebo jste k dnešnímu dni vyšetřován/a, sledován/a nebo léčen/a u lékaře pro některé onemocnění nebo zdravotní obtíže (kromě běžných respiračních onemocnění), případně plánujete podstoupit nějaké vyšetření nebo operaci? Uvedte, s jakými zdravotními obtížemi. ANO NE

.....

5. Máte u jakékoliv pojišťovny uzavřenu platnou pojistnou smlouvu pojištění pracovní neschopnosti? Uvedte, u které a pojistné částky. ANO NE

.....

III. Pojištění závažných onemocnění

ČÁST A - Pojištění onkologických onemocnění

1. Máte u jakékoli pojišťovny uzavřenu platnou pojistnou smlouvu pojištění závažných onemocnění? Uved'te, u které a pojistné částky. ANO NE
2. Bylo Vám někdy diagnostikováno nebo jste k dnešnímu dni vyšetřován/a, sledován/a nebo léčen/a u lékaře pro některé onemocnění nebo zdravotní obtíže, případně plánujete podstoupit nějaké 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 jícn, transplantace orgánu, roztroušená skleróza, Systémový lupus erythematoses, Bazaliom nebo máte pozitivní test na HIV?

ČÁST B - Pojištění dalších závažných onemocnění

1. Bylo Vám někdy diagnostikováno nebo jste k dnešnímu dni vyšetřován/a, sledován/a nebo léčen/a u lékaře pro některé onemocnění nebo zdravotní obtíže, případně plánujete podstoupit nějaké vyšetření.
- a) jakékoli bolesti na hrudi v souvislosti s ischemickou chorobou srdeční (angina pectoris), infarkt myokardu, srdeční arytmie vyžadující léčbu, srdeční šelest, revmatická horečka, porucha krvetvorby, srdeční selhání, jakákoli 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 jakákoli forma epilepsie nebo ochrnutí? ANO NE
- c) jakákoli forma chronického ledvinového onemocnění, selhání ledvin, onemocnění slinivky, chronické obstrukční plicní onemocnění nebo emfyzém (rozedma plic)? ANO NE
- d) diabetes mellitus (cukrovka)? ANO NE
- e) jakákoli forma revmatoidní artritidy, 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, ztráta sluchu, ztráta zraku (více než +/- 8 dioptrií), rozmazané či dvojitě vidění, které nelze řešit brýlemi, kontaktními čočkami či jinými léčebnými postupy? ANO NE

PROHLÁŠENÍ

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

Datum: Podpis pojištěného (opatrovníka): _____

*JMÉNO, PŘÍJMENÍ A DATUM NAROZENÍ 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.