

Informácie o zdravotnom stave, zamestnaní, záujmovej a športovej činnosti

poisteného poistníka pripoisteného dieťaťa

Vyplňte vždy, aj v prípade, že poisteným je dieťa.

(V prípade prijatia Vášho návrhu na zmenu v poisťnej zmluve, stáva sa tento dotazník jej súčasťou)

Číslo poisťného návrhu / projekcie: _____

Číslo poisťky: _____ Číslo finančného agenta: _____

Meno a priezvisko poisteného: _____

Rodený/á: _____ Rod. číslo: _____

Dátum a miesto narodenia: _____ Tel. č. domov: _____

Trvalý pobyt, adresa: _____ Tel. č. do práce: _____

Zamestnanie – odbor: _____ email: _____

Vykonávaná funkcia (náplň práce): _____

Názov a adresa zamestnavateľa: _____

Príjem SZČO: _____ 30 % z príjmov čistý ročný príjem

Zamestnanec – hrubý ročný príjem zo závislej činnosti: _____

Meno a priezvisko poistníka: _____

Rodený/á: _____ Rod. číslo: _____

Dátum a miesto narodenia: _____ Tel. č. domov: _____

Vzťah k poistenému: _____ Tel. č. do práce: _____

Trvalý pobyt, adresa: _____ email: _____

Zamestnanie – odbor: _____

Vykonávaná funkcia (náplň práce): _____

Názov a adresa zamestnavateľa: _____

Príjem SZČO: _____ 30 % z príjmov čistý ročný príjem

Zamestnanec – hrubý ročný príjem zo závislej činnosti: _____

Meno, priezvisko, špecializácia, adresa a telefónne číslo ošetrojúceho lekára súčasného a taktiež predošlého, pokiaľ došlo ku zmene v priebehu posledného roka:

MUDr. _____

V _____

Dňa: _____

Poistník: _____

Poistený (zákonný zástupca): _____

Svedok/finančný agent (ak je prítomný): _____

Meno a priezvisko poistníka: _____

Číslo poistného návrhu/projekcie: _____ Číslo poisťky: _____

- | | ÁNO | NIE |
|---|---|--------------------------|
| a) Podľa Vás, ste zdravý(á) a bez telesnej vady alebo deformácie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Výška (cm) / Hmotnosť (kg)
Došlo v priebehu roka ku zmene hmotnosti?
Zvýšenie, zníženie (podčiarknite), o koľko kg? (uvedte dôvod) | _____/_____
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Fajčíte? Ak áno, koľko cigariet vyfajčíte denne? | _____/_____
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Ako často pijete alkoholické nápoje?
Množstvo (litrov)/Druh: | _____/_____
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Užívate alebo užívali ste niekedy iné druhy návykových látok? Ak áno, uvedte aké a kedy naposledy? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Boli ste v súvislosti s bodom d) alebo e) niekedy liečený(á), lekársky vyšetrený(á), sledovaný(á) lekárom alebo hospitalizovaný(á)? Priložte, prosím, kópiu lekárskej správy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Liečili ste sa alebo sa liečite na niektoré z nasledujúcich ochorení?
(Uvedte diagnózu, odkedy, mesiac a rok. Priložte, prosím, kópie príslušných lekárskejších správ):
1. vysoký krvný tlak (uvedte súčasné hodnoty), ochorenie srdca a ciev, reumatická horúčka, cukrovka, ochorenie obličiek, ochorenie krvi, ochorenie alebo porucha zraku alebo sluchu?
2. nádor, zhubné ochorenie, ochorenie dýchacieho ústrojenstva, alergia (uvedte príznaky), ochorenie svalov, kostí, kĺbov alebo chrčtice (uvedte štádium a stupeň), neurologické ochorenie, psychická porucha, epilepsia, porucha zažívacieho traktu (vredy, ochorenie žalúdka, čriev, pečene, žlčníka), endokrinné ochorenie (porucha štítnej žľazy, pankreasu alebo iné), ochorenie pohlavných orgánov, ochorenie prenášané pohlavným stykom alebo iné ochorenie neuvedené vyššie?
Ak áno, uvedte podrobné informácie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Boli ste u odborného lekára v priebehu posledných dvoch rokov alebo ste v súčasnej dobe liečený(á) (dátum, odkedy, dôvod a výsledok vyšetrenia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Máte v súčasnosti nejaké zdravotné problémy? (rozpíšte) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Užívate v súčasnosti pravidelne lieky? Ak áno, uvedte dôvod, názov lieku, množstvo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Boli ste hospitalizovaný(á), operovaný(á) alebo sledovaný(á) v zdravotníckom zariadení v posledných 5 rokoch? (Uvedte diagnózu, terapiu, následky, mesiac a rok) Priložte, prosím, kópie lekárskejších správ. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Uvažujete vyhľadať v najbližšej dobe lekársku pomoc, podrobiť sa liečeniu alebo diagnostickým vyšetreniam? (uvedte dôvod) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Podstúpili ste nejakú chirurgickú operáciu, utrpeli ste úraz, zranenie alebo otravu, ktoré si vyžiadali hospitalizáciu alebo operáciu (mesiac, rok, diagnóza, následky, súčasný stav) Priložte, prosím, kópiu lekárskej správy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n) Týka sa žien: Máte rizikové tehotenstvo? (Pokiaľ áno, uvedte týždeň, poradie a priebeh tehotenstva) Priložte, prosím, kópiu lekárskej správy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Ste v súčasnej dobe práceneschopný(á)? (Uvedte ako dlho, diagnózu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Boli ste v posledných piatich rokoch práceneschopný(á) viac ako štyri po sebe nasledujúce týždne? Ak áno, uvedte kedy, ako dlho a dôvod. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) Máte nejakú telesnú vadu, bol Vám priznaný nejaký stupeň invalidity alebo poberáte invalidný dôchodok? (Uvedte odkedy, diagnózu, priložte, prosím, kópiu podrobnej lekárskej správy a popis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) Mal alebo má niekto z Vašich najbližších pokrvných príbuzných vysoký krvný tlak, srdcovo-cievne ochorenie pred dosiahnutím 65 rokov života, cukrovku, nádorové ochorenie, duševnú chorobu, tuberkulózu, vrodenú vývojovú chybu alebo iné dedičné ochorenia? Ak áno, uvedte kto, v akom veku a diagnózu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) Boli ste niekedy vyšetrený(á) v súvislosti s AIDS s HIV pozitívnym alebo možným pozitívnym výsledkom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

V _____

Dňa: _____

Poistník: _____

Poistený (zákonný zástupca): _____

Svedok/finančný agent (ak je prítomný): _____

Meno a priezvisko poistníka: _____

Číslo poistného návrhu/projekcie: _____ Číslo poistky: _____

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE

- | | ÁNO | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Vykonávate nejakú športovú činnosť?
Akú? _____ Kolkokrát týždenne? _____ Ako?
<input type="checkbox"/> Profesionálne <input type="checkbox"/> Rekreačne
Ste registrovaný? Akú úroveň ste dosiahli? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Vykonávate alebo plánujete vykonávať niektoré z uvedených aktivít: parašutizmus, kanoistika, horolezectvo, potápanie, jachting, automobilové alebo motocyklové preteky, lietanie a pod.? (V prípade kladnej odpovede uveďte, prosím, údaje požadované v bode a)) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Mienite cestovať do politicky nestabilných oblastí alebo žiť v týchto oblastiach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Bol niekedy Váš návrh na poistenie odložený, odmietnutý alebo prijatý so zvláštnymi podmienkami? (Uveďte dôvod, dátum a poisťovaciú spoločnosť) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ste v súčasnosti na materskej alebo rodičovskej dovolenke? (týka sa aj mužov) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Máte alebo ste mali uzavretú inú poisť. zmluvu alebo predložený návrh na jej uzavretie? (Uveďte spoločnosť, druh poistenia a poisť. sumu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uveďte, prosím, podrobné informácie týkajúce sa **všetkých kladných odpovedí okrem odpovede na otázku a)** (trvanie chorôb, závery lekárov, adresy zdravotníckych zariadení, v ktorých ste sa liečili, mená a adresy súčasných odborných lekárov atď.):

V _____

Dňa: _____

Poistník: _____

Poistený (zákonný zástupca): _____

Svedok/finančný agent (ak je prítomný): _____

MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.:2699/B, organizačná zložka MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123 (ďalej aj „poisťovateľ“). Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.

Meno a priezvisko poistníka: _____

Číslo poistného návrhu/projekcie: _____

Číslo poisťky: _____

Dôležité: Týmto beriem na vedomie, že neuvedenie všetkých známych a podstatných skutočností poisteným a/alebo poistníkom spôsobí, že poisťovateľ nebude viazaný podmienkami poistnej zmluvy. Podstatné skutočnosti sú také, ktoré môžu mať vplyv na rozhodnutie o prijatí návrhu na zmenu v poistnej zmluve. Pokiaľ máte pochybnosti, či sa v danom prípade jedná o podstatnú skutočnosť, uveďte ju vyššie.

VYHLÁSENIE

Ja dolupodpísaný týmto vyhlasujem, že všetky vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé. Akékoľvek uhradenie poistného za požadovanú zmenu v poistnej zmluve neznamena automatické prijatie tejto zmeny poisťovateľom. Som si vedomý(á) toho, že požadovaná zmena poistnej zmluvy nadobudne platnosť až prijatím návrhu na zmenu v poistnej zmluve poisťovateľom.

Beriem na vedomie, že poisťovateľ ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje („OÚ“) na základe zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení, ktorý je právnym základom spracúvania OÚ. Dotknutá osoba je povinná poskytnúť poisťovateľovi OÚ uvedené v tomto dokumente alebo neskôr požadované poisťovateľom. Informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov („GDPR“) a zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov („ZOOÚ“) sú splnené poisťovateľom uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk, v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov. Dotknutá osoba berie na vedomie a súhlasí s tým, že všetky informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z GDPR a ZOOÚ, môžu byť splnené poisťovateľom aj uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk, v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov. Dotknutá osoba sa zaväzuje poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ.

V

Dňa:

Poistník:

Poistený (zákonný zástupca):

Svedok/finančný agent (ak je prítomný):

MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.:2699/B, organizačná zložka MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123 (ďalej aj „poisťovateľ“). Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.