

MetLife Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu,
sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47257105,
zápis v OR Okr. súdu BA I, Odd.: Po, VI. č.: 2699/B, právna forma: org. zložka podniku
zahr. osoby - MetLife Europe Limited, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20,
Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123

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:

Číslo poisťky:

Číslo finančného agenta:

Meno a priezvisko poisteného: Rod.: 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:

Hrubý ročný príjem: Hrubý ročný príjem zo závislej činnosti:

Meno a priezvisko poistníka: Rod.: 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:

Hrubý ročný príjem: 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.....

Podpis: Poistník.....

Poistený (zákonný zástupca)

Svedok/finančný agent (ak je prítomný).....

MetLife Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu,
 sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47257105,
 zápis v OR Okr. súdu BA I, Odd.: Po, VI. č.: 2699/B, právna forma: org. zložka podniku
 zahr. osoby - MetLife Europe Limited, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20,
 Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123

	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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvýšenie, zníženie (podčiarknite), o koľko? (uvedte dôvod) kg	
c) Fajčíte? Ak áno, koľko cigariet vyfajčíte denne? ks	<input type="checkbox"/>
d) Ako často pijete alkoholické nápoje?	<input type="checkbox"/> Denne <input type="checkbox"/> Týždenne	<input type="checkbox"/>
Množstvo/Druh: /	
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):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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), endokrinologické ochorenie (porucha štítnej žľazy, pankreasu alebo iné), ochorenie pohlavných orgánov, ochorenie prenášané pohlavným stykom alebo iné ochorenie neuvedené vyššie?		
Ak áno, uvedte podrobné informácie.		
h) Boli ste u odborného lekára v priebehu posledných dvoch rokov alebo ste v súčasnej dobe liečený? (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.....

Podpis: Poistník.....

Poistený (zákonný zástupca)

Svedok/finančný agent (ak je prítomný).....

MetLife Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu,
 sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47257105,
 zápis v OR Okr. súdu BA I, Odd.: Po, VI. č.: 2699/B, právna forma: org. zložka podniku
 zahr. osoby - MetLife Europe Limited, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20,
 Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123

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)

Meno a priezvisko poisteného:

Meno a priezvisko poistníka:

Číslo poisťného návrhu:

Číslo poisťky:

Číslo finančného agenta:

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE

- | | ÁNO | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Vykonávate nejakú športovú činnosť?
Akú?..... Koľkokrát týždenne? Ako?
<input type="checkbox"/> Profesionálne <input type="checkbox"/> Rekreačne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 poisťovaciu 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.....

Podpis: Poistník.....

Poistený (zákonný zástupca)

Svedok/finančný agent (ak je prítomný).....

MetLife Europe Limited, pobočka poisťovne z iného členského štátu,
sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 47257105,
zápis v OR Okr. súdu BA I, Odd.: Po, VI. č.: 2699/B, právna forma: org. zložka podniku
zahr. osoby - MetLife Europe Limited, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20,
Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123

Dôležité: Týmto beriem na vedomie, že neuvedenie všetkých známych a podstatných skutočností poisteným a/alebo poistníkom spôsobí, že poisťiteľ nebude viazaný podmienkami poisťnej zmluvy. Podstatné skutočnosti sú také, ktoré môžu mať vplyv na rozhodnutie o prijatí návrhu na zmenu v poisťnej 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. Všetky tu uvedené údaje poskytujem na základe súhlasu dotknutých osôb za účelom poistenia a súvisiacich činností poisťovne po dobu trvania poistenia a 10 rokov po jeho zániku. Akékoľvek uhradenie poistného za požadovanú zmenu v poisťnej zmluve neznamena automatické prijatie tejto zmeny poisťiteľom. Som si vedomý(á) toho, že požadovaná zmena poisťnej zmluvy nadobudne platnosť až prijatím návrhu na zmenu v poisťnej zmluve poisťiteľom.

V..... Dňa.....

Podpis: Poistník.....

Poistený (zákonný zástupca)

Svedok/finančný agent (ak je prítomný).....