

Zdravotní dotazník a prohlášení – příloha pojistné smlouvy

Příloha k pojistné smlouvě uzavřené dle příslušných zákonných ustanovení (dále jen „zákon“) mezi společností NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČO: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka (odštěpný závod) společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“) jako pojistitelem na straně jedné a pojistníkem na straně druhé.

Pojištěný	Titul	Jméno	Příjmení			Titul (za jm.)	Rodné příjmení (nepovinný údaj)		
	Rodné číslo		Datum narození		Místo, stát narození	Státní příslušnost/i	Pojištěný je ☐ žena ☐ muž		
	Trvalé bydliště – Ulice		Č. popisné	Č. orientační	Obec	PSČ			
	Pracovní činnost (zaměstnání, podnikání apod.)				Obor	RS ¹⁾	Výsledná RS ¹⁾	Výška cm	
	Sportovní a volnočasová činnost				Provozována jako	RS ¹⁾	Přirážka %	Váha kg	

Poznámka: Povinné údaje, které je nezbytné vyplnit v části Pojištěný, jsou vyznačeny tučně.

¹⁾ Riziková skupina (jinde jen RS) se stanovuje zvlášť pro pracovní činnost a zvlášť pro sportovní/volnočasovou činnost. Výsledná RS se určí jako vyšší (rizikovější) z obou. Případná přirážka se týká pouze úrazových připojištění s výjimkou skupiny připojištění „na cesty“.

Vyplňte příslušný Zdravotní dotazník v závislosti na věku pojištěného (od 15 let/dítě do 14 let) identifikovaného výše.

Zdravotní dotazník a dotazy pro posouzení pojistného rizika – pro pojištěného od 15 let věku

Upozornění: Dovolujeme si upozornit, že je nezbytné odpovídat úplně a pravdivě; v opačném případě máme právo snížit či odmítnout výplatu pojistného plnění nebo odstoupit od pojistné smlouvy. Pokud na kteroukoli otázku níže odpovíte „ANO“, pak je nutné vyplnit všechny otázky 1 až 9 a uvést doplňující údaje na další straně.

Základní otázka	ZÁKLADNÍ ČÁST – VYPLŇUJE SE VŽDY Splňujete některou z následujících podmínek? – Máte přiznanou invaliditu jakéhokoli stupně nebo jste o ni podal/-a žádost nebo byla tato Vaše žádost zamítnuta. – Jste držitelem průkazu ZTP, resp. ZTP/P. – Jste v pracovní neschopnosti či práce neschopný/-á. – Očekáváte výsledky vyšetření kvůli zdravotnímu problému vzniklému během posledního půl roku a/nebo jste objednáán/-a na operační zákrok (netýká se kosmetických zákroků).		☐ ANO ☐ NE V případě odpovědi ANO odpovězte prosím na otázky 1 až 9.	Pojistné krytí, při kterém stačí vyplnit pouze odpověď na tuto základní otázku (není-li odpověď kladná): Smrt – všechny tarify v součtu do 100 000 Kč Smrt následkem úrazu do 1 000 000 Kč Trvalé následky úrazu – všechny tarify v součtu do 600 000 Kč Denní odškodné úrazu – v součtu (DOU3, DO60) do 300 Kč Hospitalizace do 300 Kč	
	Pouze světle šedou část dotazníku (otázky 1–4) stačí vyplnit: – v případě, že pojistná částka pro každé jednotlivé riziko (např. smrt, invalidita) nepřesahuje v součtu 1 000 000 Kč, – v případě, že pojistné částky s denním plněním nepřesáhly 1 000 Kč/den, – v případě, že na žádnou z otázek není odpověď „ANO“.		Celý zdravotní dotazník (včetně otázek 5–9) je třeba vyplnit: – v případě pojistných částek vyšších než vlevo uvedených, – v případě odpovědi „ANO“ na jakoukoli otázku, – v případě sjednání připojištění dlouhodobé péče nebo změny pojištění.		
Informace	Máte nebo měl/-a jste takové zdravotní obtíže (viz písm. a až k), které si v posledních 10 letech vyžádaly návštěvu lékaře nebo odbornou pomoc? Není nutné uvádět akutní záněty horních cest dýchacích, chřipková onemocnění, běžné respirační virózy, potravinové intolerance, alergické rýmy s nekomplikovanou léčbou, pokud doba léčení uvedených zdravotních komplikací nepřekročila 21 dní.	a)	Svalová nebo kosterní soustava – pohybový aparát	☐ ANO	☐ NE
		b)	Dýchací soustava (např. astma, chronická bronchitida, chronické onemocnění horních cest dýchacích)	☐ ANO	☐ NE
		c)	Duševní porucha (např. deprese, úzkost, nerv. zhroucení, únavový syndrom, porucha příjmu potravy, pokus o sebevraždu aj.) nebo porucha chování včetně závislosti (např. alkohol, drogy, hazard) nebo nadměrné užívání alkoholu, kdy Vám byla lékařem doporučena abstinence nebo léčba.	☐ ANO	☐ NE
		d)	Zrak nebo sluch. Do počtu 8 dioptrií na jedno oko není nutné uvádět.	☐ ANO	☐ NE
		e)	Zažívací ústrojí (např. onemocnění jícnu, hltnu, žaludku, jater, střev, konečníku, žlučníku, slinivky)	☐ ANO	☐ NE
		f)	Nádorové onemocnění (in situ / zhoubné / nezhoubné)	☐ ANO	☐ NE
		g)	Nervová soustava včetně jakéhokoli onemocnění míchy a mozku	☐ ANO	☐ NE
		h)	Oběhová soustava – onemocnění srdce, cév, žil (včetně vysokého krevního tlaku)	☐ ANO	☐ NE
		i)	Kůže (vč. bulvek, výrůstků a útvarů měnících barvu či velikost)	☐ ANO	☐ NE
		j)	Močová nebo pohlavní soustava (včetně ledvin)	☐ ANO	☐ NE
		k)	Endokrinní, imunologické, hematologické či jakékoli jiné onemocnění nebo jiné zdravotní obtíže. Může se jednat například o onemocnění krve a krvetvorby, diabetes (cukrovka), poruchy štítné žlázy, poruchy imunity, atd...	☐ ANO	☐ NE

2.	Trpíte nebo trpěl/-a jste zdravotními obtížemi, kvůli kterým jste byl/-a v uplynulých 12 měsících sledován/-a nebo objedнан/-a do zdravotnického zařízení nebo vyšetřován/-a za účelem zjištění jejich příčiny – a to bez ohledu na to, zda byla stanovena diagnóza nebo vystavena pracovní neschopnost (jakékoli odběry, sono, magnetická rezonance, vyšetření CT, RTG, EEG, EKG, test HIV, kolonoskopie, endoskopie, lumbální punkce apod.)?	☐ ANO	☐ NE
3.	Utrpěl/-a jste v posledních 5 letech úraz, s nímž jste se léčil/-a nebo byl/-a operován/-a nebo který zanechal trvalé následky? Není nutné uvádět nekomplikované zlomeniny - neoperované a bez zanechání trvalých následků - u nichž doba léčení nepřekročila 10 týdnů včetně rehabilitace. Je nutné uvádět jakékoliv úrazy kloubů, šlach, vazů a svalová poranění.	☐ ANO	☐ NE
4.	Byl/-a jste v posledních 5 letech v pracovní neschopnosti či práce neschopný/-á déle než 28 kalendářních dnů nebo jste byl/-a kdykoli v minulosti invalidní v jakémkoli stupni?	☐ ANO	☐ NE
5.	Užíváte nějaké léky nebo jste nějaké léky v uplynulých 12 měsících déle než 2 týdny užíval/-a?	☐ ANO	☐ NE
6.	Odmítla s Vámi některá pojišťovna uzavřít nebo vypověděla Vám v posledních 5 letech životní nebo úrazové pojištění, příp. odstoupila od takové smlouvy? Pokud ANO, uveďte prosím název pojišťovny/-en a důvod ukončení či odmítnutí.	☐ ANO	☐ NE
7.	Kouříte (včetně elektronických cigaret, vapovacích zařízení apod.) nebo užíváte omamné či jiné návykové látky? Pokud ANO, uveďte prosím jak často (popř. kolik cigaret denně) a co (typ nebo název návykové látky).	☐ ANO	☐ NE
8.	Jste nebo byl/-a jste v posledních 10 letech hospitalizován/-a nebo operován/-a? (Týká se i hospitalizace za účelem vyšetření.) V případě, že ANO, uveďte prosím kdy a důvod pobytu ve zdravotnickém zařízení.	☐ ANO	☐ NE
9.	Trpíte nějakou vrozenou vadou nebo deformitou části těla nebo Vám byla část těla amputována?	☐ ANO	☐ NE

Zdravotní dotazník a dotazy pro posouzení pojistného rizika – pro pojištěné dítě do 14 let věku



Nezapomeňte prosím vyplnit údaje na první straně formuláře - identifikace, sportovní a volnočasová činnost, výška a váha pojištěného dítěte. Zdravotní dotazník (otázky 1 až 6) je třeba vyplnit v případě sjednání následujících připojištění: ošetřování dítěte, závažných onemocnění dětí, invalidity dítěte, hospitalizace nad 600 Kč/den.

Upozornění: Dovolujeme si upozornit, že je nezbytné odpovídat úplně a pravdivě; v opačném případě máme právo snížit či odmítnout výplatu pojistného plnění nebo odstoupit od pojistné smlouvy.

1.	Má nebo mělo dítě v době od narození do dnešního dne zdravotní obtíže (viz písm. a až k), které si vyžádaly návštěvu lékaře nebo odbornou pomoc? Není nutné uvádět akutní záněty horních cest dýchacích, chřipková onemocnění, běžné respirační virózy, potravinové intolerance, alergické rýmy s nekomplikovanou léčbou, pokud doba léčení uvedených zdravotních komplikací nepřekročila 21 dní.	a) Onemocnění svalové nebo kosterní soustavy, včetně úrazů Není nutné uvádět nekomplikované zlomeniny - neoperované a bez zanechání trvalých následků - u nichž doba léčení nepřekročila 6 týdnů včetně rehabilitace. Je nutné uvádět jakékoliv úrazy kloubů, šlach, vazů a svalová poranění.	☐ ANO	☐ NE
		b) Astma, chronická bronchitida nebo jiná chronická onemocnění plic a dýchací soustavy	☐ ANO	☐ NE
		c) Mentální retardace, autismus, syndrom ADHD léčený léky nebo psychoterapií, porucha příjmu potravy (např. anorexie, bulimie) nebo jiná duševní porucha nebo porucha chování včetně jakékoliv závislosti	☐ ANO	☐ NE
		d) Poruchy nebo onemocnění zraku nebo sluchu Krátkozrakost či dalekozrakost do počtu dioptrií na jedno oko < 8 není nutné uvádět.	☐ ANO	☐ NE
		e) Chronická nebo opakující se onemocnění zažívacího ústrojí (např. onemocnění jícnu, hlitanu, žaludku, jater, střev, konečníku, žlučníku, slinivky)	☐ ANO	☐ NE
		f) Rakovina, in situ nebo zhoubný nádor, leukémie, Hodgkinův či non-Hodgkinův lymfom nebo jiný nezhoubný nádor	☐ ANO	☐ NE
		g) Epileptický záchvat nebo epilepsie, meningitida, encefalitida, trvalé poškození mozku, krvácení do mozku, kóma, ochrnutí nebo jiná onemocnění nervové soustavy (míchy, mozku a nervů)	☐ ANO	☐ NE
		h) Revmatická horečka, onemocnění srdečních chlopní, nepravidelná srdeční činnost či jiná onemocnění oběhové soustavy – onemocnění srdce, cév, žil	☐ ANO	☐ NE
		i) Psoriáza, atopický ekzém, chronické vyrážky, bulky, výrůstky a útvary měnící velikost či barvu nebo jiná onemocnění kůže	☐ ANO	☐ NE
		j) Onemocnění ledvin, močového a pohlavního ústrojí vč. zvýšených hodnot či nálezu v krvi a moči	☐ ANO	☐ NE
k) Cukrovka, revmatoidní artritida, porucha štítné žlázy, onemocnění krve a krevetvorby, poruchy imunity, autoimunitní onemocnění nebo jiná endokrinologická, imunologická, hematologická onemocnění	☐ ANO	☐ NE		
2.	Trpí nebo trpělo dítě zdravotními obtížemi, kvůli kterým bylo v uplynulých 12 měsících sledováno nebo objednáno do zdravotnického zařízení nebo vyšetřováno za účelem zjištění jejich příčiny – a to bez ohledu na to, zda byla stanovena diagnóza (jakékoli odběry, sono, magnetická rezonance, vyšetření CT, RTG, EEG, EKG, lumbální punkce apod.)?	☐ ANO	☐ NE	
3.	Užívá dítě nějaké léky nebo užívalo je v uplynulých 12 měsících déle než 2 týdny?	☐ ANO	☐ NE	
4.	Trpí dítě nějakou vrozenou vadou nebo deformitou části těla, včetně rozštěpu patra nebo páteře, vadou kyčlí, vadou srdce, Downovým syndromem apod., nebo získanou vadou např. po úrazu nebo nemoci?	☐ ANO	☐ NE	
5.	Trpělo dítě v prenatálním věku nebo po narození nějakými komplikacemi jako je předčasné narození (před 38. týdnem), poškození mozku, mozková obrna, vážné dýchací potíže, krvácení, apod.?	☐ ANO	☐ NE	
6.	Jsou u dítěte očekávány jakékoliv vyšetření, výsledky testů nebo operace?	☐ ANO	☐ NE	

Doplňující údaje

Lékař

Prohlášení a souhlas

Prohlášení – zdravotní stav a dokumentace: Pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, svým podpisem na tomto formuláři uděluje souhlas, aby pojišťovna a jí určená zdravotnická zařízení kdykoli dle svého uvážení zjišťovaly a přezkoumávaly zdravotní stav pojištěného nebo zjišťovaly příčiny jeho smrti např. u policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Pojištěný zplnomocňuje všechny lékaře a zdravotnická zařízení, u kterých byl, je nebo bude léčen či ošetřen, a ostatní pojišťovny, u kterých byl veden jako pojištěný, k poskytování úplných informací o jeho zdravotním stavu v případě, že o ně pojišťovna požádá. Pojištěný rovněž zplnomocňuje státní orgány k poskytování údajů týkajících se jeho osoby v případě, že o ně pojišťovna v souvislosti s pojistnou smlouvou požádá. Pojištěný tímto bere na vědomí, že zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením, kterým se v takovém případě zavazuje podrobit u zdravotnického zařízení určeného pojišťovnou. Ve smyslu ustanovení § 51 a násl., zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, pojištěný zprošťuje mlčenlivosti ošetřující nebo pojišťovnou pověřené lékaře a zdravotnická zařízení a souhlasí, aby sdělili pojišťovně jí požadované údaje o zdravotním stavu pojištěného a umožnili jí nahlédnout do zdravotní dokumentace, poříditi si z ní výpisy i kopie. Tento souhlas uděluje v plném rozsahu za účelem uzavření pojistné smlouvy, provedení změn v pojistné smlouvě, vyřizování pojistných událostí během života pojištěného i po jeho smrti a plnění závazků vyplývajících z pojistné smlouvy včetně dalších úkonů s ní souvisejících. Tímto uděluje pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, ve smyslu § 43 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, souhlas se zpřístupněním údajů z osobního účtu pojištěného vedeného zdravotní pojišťovnou, u které byl v posledních 12 měsících pojištěn, a sice ošetřujícímu lékaři a pověřenému lékaři pojišťovny. Pojištěný, resp. zákonný zástupce, souhlasí s tím, že údaje mohou být zpřístupněny i po smrti pojištěného.

Souhlas se zpracováním osobních údajů: Pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, výslovně souhlasí, aby byly jeho zvláštní kategorie osobních údajů, zejména údaje o zdravotním stavu, zpracovávány za účelem vytvoření nabídky, modelace a uzavření pojistné smlouvy. Dále výslovně souhlasí, že v těchto procesech spojených se vznikem smlouvy může být rozhodováno automatizovaně. Souhlasy platí do uzavření smlouvy a lze je kdykoli odvolat; jejich odvoláním není dotčena zákonnost zpracování do okamžiku odvolání. Pojištěný může také podat námitku proti automatizovanému rozhodování. Po uzavření smlouvy budou osobní údaje zpracovávány za účelem správy smluvního vztahu. Zvláštní kategorie osobních údajů budou dále uchovávány jen v rozsahu nezbytném k určení, výkonu či obhajobě právních nároků. Podrobnosti a další informace o zpracování jsou k dispozici na www.nn.cz/ochrana-osobnich-udaju.

☐ Souhlasím se zpracováním osobních údajů ve výše uvedeném rozsahu.

Prohlášení pojištěného: ☐ Mám sjednáno pojištění pro případ úrazu s výplatou formou denních dávek a/nebo trvalých následků úrazu a/nebo pracovní neschopnosti u jiné společnosti než u NN nebo mám podán návrh na jeho uzavření. Pokud ano, uveďte prosím typ pojištění a u každého výši pojistné částky a název pojišťovny. Necháte-li nezaškrtnuté a pole níže prázdné, má se za to, že je Vaše odpověď záporná.

Datum a podpis

Jméno, příjmení, datum narození

Jméno, příjmení, datum narození

Datum podpisu

Podpis pojištěného
(nutný i u nezletilého pojištěného,
je-li mu 15 či více let)Podpis zákonného zástupce pojištěného
(jen je-li pojištěný nezletilý)