

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK PRO KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

Číslo pojistné smlouvy

Číslo karty klienta

Pojistník

Příjmení, jméno / Název firmy (jednající osoba)

Datum narození / IČO

Pojištěný

Příjmení, jméno

Datum narození

Zákonný zástupce pojištěného

Příjmení, jméno

Datum narození

Souhlasy pojistníka/pojištěného (jeho zákonného zástupce)

V souladu s ustanovením § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas se získáváním údajů o mém zdravotním stavu nebo o zdravotním stavu zastoupeného, se zjišťováním a přezkoumáváním svého zdravotního stavu nebo zdravotního stavu zastoupeného nebo příčiny své smrti nebo příčiny smrti zastoupeného, a to od ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení, jsou-li pro to důvody související s určením výše pojistného rizika, nebo s určením výše pojistného nebo se šetřením pojistné události. Mám předchozí souhlas pojištěného (jeho zákonného zástupce) takový souhlas udělit ohledně údajů o jeho zdravotním stavu.

V souladu s ustanovením § 2788 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, je pojištěný povinen na otázky pojistitele odpovědět pravdivě a úplně.

Dotazy k pojištění

- | | | | |
|----|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Léčíte* se v současnosti nebo trpíte zdravotními obtížemi nebo jste se v minulosti léčil/ a s chronickým nebo jiným závažným onemocněním (např. vysoký krevní tlak, cukrovka, nádorové onemocnění, onemocnění vnitřních orgánů aj.)? | ☐ ANO | ☐ NE |
| 2. | Užíváte nebo aplikujete pravidelně léky předepsané lékařem (vyjma hormonální antikoncepce a potravinových doplňků)? Pokud odpovíte ANO, napište jaké léky a jak často užíváte. | ☐ ANO | ☐ NE |
| 3. | Máte zjištěnou vrozenou vadu? Pokud odpovíte ANO, uveďte jakou. | ☐ ANO | ☐ NE |
| 4. | Léčíte* se v současnosti nebo jste se v minulosti léčil/ a (případně jste byl/ a v kontaktu) s tuberkulózou, AIDS, sexuálně přenosnými chorobami nebo jinými infekčními nemocemi? Pokud odpovíte ANO, uveďte o jaké nemoci se jedná. | ☐ ANO | ☐ NE |
| 5. | Léčíte* se nebo jste se v minulosti léčil/ a pro závislost na alkoholu nebo návykových látkách? | ☐ ANO | ☐ NE |
| 6. | Trpíte duševní chorobou? Pokud odpovíte ANO, uveďte diagnózu. | ☐ ANO | ☐ NE |
| 7. | Utrpěl/ a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Pokud odpovíte ANO, uveďte jaké máte trvalé následky. | ☐ ANO | ☐ NE |

* Léčbou se rozumí soubor opatření prováděných s cílem:

- a) ovlivnit průběh existujícího onemocnění, nebo
- b) sledovat a zachytit možný opětovný výskyt onemocnění, které bylo u pojištěného v minulosti diagnostikováno. Zejména se jedná o léčebná opatření farmakologická (předepisování a podávání léků), chirurgická, psychotherapeutická či fyzioterapeutická, o dispenzarizaci (aktivní sledování zdravotního stavu) u odborného lékaře, pravidelné vyšetřování ke zjištění stavu diagnostikovaného onemocnění a další.

Prohlášení pojistníka/pojištěného (jeho zákonného zástupce)

Prohlašuji, že jsem pravdivě a úplně odpověděl na všechny písemné dotazy pojistitele uvedené v tomto dotazníku a jsem si vědom/a toho, že mé odpovědi na tyto dotazy jsou významné pro rozhodnutí pojistitele o tom, zda je možné pojištění sjednat a za jakých podmínek. Pojistník, který není současně pojištěným, prohlašuje, že má od pojištěného (jeho zákonného zástupce) všechny informace o jeho zdravotním stavu, aby mohl pravdivě a úplně vyplnit zdravotní dotazník (je-li vyhotoven).

Prohlašuji že:

- a) jsem byl/a před podpisem tohoto dokumentu seznámen/a s informacemi o zpracování osobních údajů;
- b) po seznámení s informacemi o zpracování osobních údajů mně byl dán dostatečný časový prostor pro vlastní seznámení se s informacemi o zpracování osobních údajů a pro zodpovězení všech mých případných dotazů;
- c) beru na vědomí a jsem srozuměn/a s informací pojistitele o tom, že informace o zpracování osobních údajů je a bude každému účastníkovi pojištění k dispozici na internetových (webových) stránkách pojistitele na adrese www.maximapojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju, anebo na obchodním místě pojistitele.

Datum

podpis pojištěného/ zákonného zástupce