

**ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK PRO KOMPLEXNÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ**

Номер договору страхування

Номер картки клієнта

**Страховальник**

Прізвище, ім'я / Назва компанії (представник)

Дата народження / Реєстраційний номер компанії

**Застрахований**

Прізвище, ім'я

Дата народження

**Законний представник застрахованої особи**

Прізвище, ім'я

Дата народження

**Згода страховальника/застрахованої особи (її законного представника)**

Відповідно до положень § 2828 Закону № 89/2012 Зб.зак., Цивільного кодексу, зі змінами та доповненнями, я надаю страховику згоду на отримання інформації про моє здоров'я або здоров'я особи, яку я представляю, на з'ясування та перевірку мого здоров'я або здоров'я особи, яку я представляю, або причини моєї смерті або причини смерті особи, яку я представляю, від лікарів та медичних установ, а саме, якщо для цього є підстави у зв'язку з визначенням розміру застрахованого ризику або визначенням розміру страхового внеску чи розслідуванням страхового випадку. Я маю попередню згоду застрахованої особи (її законного представника) на надання такої згоди щодо її медичних даних.

Відповідно до положень § 2788 Закону № 89/2012 Зб.зак., Цивільного кодексу, зі змінами та доповненнями, застрахована особа зобов'язана правдиво та повно відповідати на запитання страховика.

**Запити для застрахованої особи**

1. Чи проходить ви зараз лікування\* або страждаєте від якогось захворювання або лікувалися в минулому від хронічного або іншого серйозного захворювання (наприклад, високого кров'яного тиску, діабету, раку, хвороб внутрішніх органів тощо)?  ТАК  НІ
2. Чи приймаєте або застосовуєте регулярно ліки, призначені лікарем (за винятком гормональних контрацептивів і дієтичних добавок)? Якщо ви відповіли «ТАК», напишіть, будь ласка, які ліки ви приймаєте та як часто.  ТАК  НІ
3. Чи діагностували у вас вроджену ваду розвитку? Якщо «ТАК», будь ласка, вкажіть, яку саме.  ТАК  НІ
4. Чи проходить ви зараз лікування\* або лікувалися в минулому від туберкульозу, СНІДу, хвороб, що передаються статевим шляхом, або інших інфекційних захворювань (чи були в контакт з ними)? Якщо ви відповіли «ТАК», будь ласка, вкажіть, про яке захворювання йдеться.  ТАК  НІ
5. Чи проходить ви зараз лікування\* або лікувалися в минулому від зловживання алкоголем або речовинами, які викликають звикання?  ТАК  НІ
6. Чи страждаєте ви на психічні захворювання? Якщо «ТАК», будь ласка, вкажіть діагноз.  ТАК  НІ
7. Чи були у вас в минулому травми, які призвели до довготривалих наслідків? Якщо ви відповіли «ТАК», будь ласка, вкажіть, які саме наслідки у вас виникли.  ТАК  НІ

\* Лікування – це комплекс заходів, що здійснюються з метою:

- а) вплинути на перебіг існуючого захворювання, або
- б) моніторингу та виявлення можливого рецидиву захворювання, яке було діагностовано в минулому. Зокрема, це фармакологічні (призначення та прийом ліків), хірургічні, психотерапевтичні або фізіотерапевтичні заходи, диспансерний нагляд (активне спостереження за станом здоров'я) у лікаря-спеціаліста, регулярні обстеження для визначення статусу діагностованого захворювання тощо.

**Заява страховальника/застрахованої особи (його законного представника)**

Я заявляю, що я правдиво та повністю відповів на всі письмові запитання страховика в цій анкеті та усвідомлюю, що мої відповіді на ці запитання мають значення для прийняття страховиком рішення про те, чи можна укласти страхування та на яких умовах. Страховальник, який не є застрахованою особою, заявляє, що він отримав від застрахованої особи (її законного представника) всю інформацію про стан її здоров'я з метою правдивого та повного заповнення медичної анкети (за наявності).

Я заявляю, що:

- а) я був/ла ознайомлений/а з Інформацією щодо обробки персональних даних до підписання цього документа;
- б) після надання мені інформації про обробку персональних даних мені було надано достатньо часу для ознайомлення з інформацією про обробку персональних даних та отримання відповідей на будь-які запитання, які в мене можуть виникнути;
- в) я усвідомлюю та розумію інформацію страховика про те, що інформація про обробку персональних даних є та буде доступною для кожного учасника страхування в мережі Інтернет (вебсайті) страховика за адресою [www.maximapojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju](http://www.maximapojistovna.cz/cs/ochrana-osobnich-udaju), або за місцем діяльності страховика.

Дата

podpis pojištěného/ zákonného zástupce