

**Zdravotní dotazník** pro pojistěného

Prosím nejprve vyplňte pole "Zaměstnání, ..." a odpovězte na šest otázek v 1. části zdravotního dotazníku. Pokud všechny odpovědi na těchto šest otázek jsou NE a pokud pojistná částka nepřesahuje 500 000 Kč, pak není třeba pokračovat ve vyplňování druhé části zdravotního dotazníku. V případě, že se sjednává Připojištění vážných onemocnění Plus nebo Připojištění invalidního důchodu, vyplňuje se vždy celý zdravotní dotazník.

Zaměstnání, jiné výdělečné činnosti (uveďte se druh nebo druhy vykonávané pracovní, sportovní a jiné činnosti)

Číslo návrhu

1. část (Zkrácený zdravotní dotazník)	NE	ANO	2. část (Pojistná částka pro případ smrti nad 500 000 Kč)	NE	ANO
Jste v současné době v pracovní neschopnosti, v lékařské péči nebo pod lékařskou kontrolou? Důvod: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Byly u Vás někdy zjištěny chorobné nálezy (tlak, krev, moč, HIV, EKG, rentgen)? Jaké: ..... Kdy: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užíváte nebo užíval/a jste pravidelně léky nebo drogy? Jaké: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Podstoupil/a jste léčení v nemocnici nebo láních? Důvod: ..... Kdy: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pobíráte invalidní důchod? <input type="checkbox"/> částečný <input type="checkbox"/> plný	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Máte změněnou pracovní schopnost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provozujete nebezpečné sporty (např. parašutismus, létání na rogalu nebo balónem, paragliding, potápění, bojová umění, horolezectví, soutěže, popř. účastníte se sportovních závodů (jízda na koni, karate, aj.)? Uvedte: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U žen: Jste těhotná? Postoupil/a jste nějaké operace (mimo odstranění slepého střeva a odstranění mandlí)? Jaké: ..... Kdy: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste v zaměstnání nebo ve volném čase vystaven/a zvláštnímu nebezpečí (např. při práci s trhavinou nebo s radioaktivními látkami)? Létáte jako pilot/ka nebo jako člen/ka palubního personálu, účastníte se záchranných letů? Uvedte: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Máte již sjednáno životní pojištění u jiné pojišťovny? Pojistná částka pro případ smrti (Kč) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trpěl/a jste nebo trpíte onemocněním nebo potížemi: - srdce a oběhového systému (zvýšený tlak), - dýchacích cest (astma, tuberkulóza, bronchitida, dušnost), - trávicího systému (žaludek, játra, střeva, žlučník), - nádorového typu (rakovina), - ledvin, močových orgánů (bílkovina, cukr v moči), - nervového systému (deprese, duševní poruchy, bolesti hlavy), - smyslových orgánů (sluch, zrak), - pohybového aparátu (páteř, omezená pohyblivost), - alergického charakteru, - příp. následky dřívějších onemocnění, nehod, otrav nebo zranění, - nebo jinými onemocněními, poruchami zdraví či potížemi, které zde nebyly konkrétně zmíněny? Od ..... do .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Byla Vaše žádost o uzavření pojistné smlouvy odmítnuta nebo byla přijata za ztížených podmínek, popř. nebylo ještě o Vaší žádosti rozhodnuto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Požadujete zahrnutí některého zvláštního rizika (sport, rizik. zaměstnání, činnost ve volném čase, a pod.)? Uvedte: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Průměrná denní spotřeba tabákových výrobků: Kolik: ..... Od kdy: .....		
			Průměrná denní spotřeba alkoholu: .....		
			Tělesná výška ..... cm a váha ..... kg Kdy jste byl/a naposledy ošetřen/a lékařem? Kdy: ..... Důvod: .....		
Pokud jste uvedl/a, že trpíte nějakým výše uvedeným onemocněním, uveďte jméno a adresu lékaře nebo zdravotního zařízení, kde se léčíte nebo kam chodíte na vyšetření:	Uvedte jméno a adresu Vašeho ošetřujícího lékaře:				
<b>3. část (Připojištění vážných onemocnění Plus nebo Připojištění invalidního důchodu)</b>				<b>NE</b>	<b>ANO</b>
Byla u Vašich rodičů nebo sourozenců před ukončením 65. rokem života zjištěna některá z těchto nemocí: cukrovka, onemocnění srdce nebo oběhového systému, mozková cévní příhoda (mrtvice), onemocnění ledvin, rakovina, roztroušená skleróza, zvýšený krevní tlak nebo dědičné nemoci?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Věk v době zjištění nemoci a druh nemoci		Věk v době smrti a příčina smrti		
Matka					
Otec					
Sourozenci					