

PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU (vyplňuje pojištěný)

Vyplňte, prosím, veškeré údaje HŮLKOVÝM PÍSMEM. V případě, že je pojistníkem firma, je nutné, aby Návrh byl podepsán pověřeným zaměstnancem společnosti.

Jméno pojištěného Příjmení pojištěného Rodní číslo

Pojištěný je povinen pravdivě a úplně odpovědět na všechny níže uvedené písemné dotazy pojišťovny týkající se jeho zdravotního stavu a dále oznámit pojišťovně všechny změny zdravotního stavu, ke kterým dojde v období od podpisu tohoto prohlášení o zdravotním stavu do uzavření pojistné smlouvy. Porušení této povinnosti může mít za následek přiměřené snížení nebo odmítnutí výplaty pojistného plnění a/nebo odstoupení od pojistné smlouvy.

Prohlášení (1 dotaz)

Já, pojištěný, prohlašuji, že netrpím: epilepsií, roztroušenou sklerózou, cukrovkou, závažným onemocněním srdce, cévními chorobami, závislostí na alkoholu nebo drogách, úplnou ztrátou sluchu nebo zraku nebo fyzickou ztrátou končetiny a současně nejsem úplně trvale invalidní, netrpím psychickými nebo duševními chorobami nebo funkčními poruchami nebo úplnou a trvalou ztrátou schopnosti vykonávat životně důležité každodenní činnosti bez pomoci jiné osoby. Pojistné plnění nebude vyplaceno, pokud k úrazu došlo před počátkem pojištění. Výplata pojistného plnění bude snížena, pokud se úraz týká části těla (orgánu, končetiny nebo její části), která byla poškozena již před úrazem. Pojišťovna pojistné plnění sníží v poměru k rozsahu těchto předcházejících tělesných poškození.

Jméno, adresa a telefon Vašeho současného **praktického** lékaře, u kterého jste registrován(a): Rok, měsíc a důvod poslední návštěvy:

V případě, že jste sledován(a) a/nebo léčen(a) u jednoho nebo více specialistů, uveďte, prosím, jejich jména, adresy a telefonní čísla v tabulce níže.

Výška cm Pokud se Vaše hmotnost změnila v posledním roce o více než 4 kg, uveďte, zda se zvýšila či snížila (+/-), o kolik kg

Hmotnost kg a důvod (změna zaměstnání, důsledek onemocnění a/nebo léčby, cílená změna hmotnosti apod.)

Pokud kouříte, uveďte kolik ks/den a jak dlouho let. Pokud již nekouříte, uveďte, jak dlouho let, jak dlouho jste kouřil(a) let a kolik ks/den.

Pokud požíváte alkoholické nápoje, uveďte svou průměrnou týdenní spotřebu a druh (např. 0,4 l vína apod.)

V případě, že na kterýkoli z dotazů odpovíte kladně, uveďte níže číslo dotazu a podrobnosti (diagnozu, název a dávky léků, typ operace, důvody snížení pracovní schopnosti, následky úrazu, ošetřující lékař (jméno, adresa a telefonní číslo apod.)). Pokud máte k dispozici kopii lékařské zprávy, prosíme o její přílohu/zaslání.		Ano	Ne		Ano	Ne	
Standardní prohlášení	Zkrácené prohlášení	1.a) Jste v současné době v pracovní neschopnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) poruchy metabolismu: cukrovka (diabetes), zvýšené hodnoty cukru, tuků (cholesterol, triglyceridy), poruchy funkce štítné žlázy, dna, jiné poruchy žláz s vnitřní sekrecí nebo metabolismu apod.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1.b) Jste v současné době na něco léčen(a), vyšetřován(a) nebo užíváte nějaké léky pro jakékoli zdravotní obtíže?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) nemoci krve, mízního uzlin a poruchy imunity: anémie (chudokrevnost), leukemie, lymfomy, změny krevního obrazu, AIDS a/nebo HIV pozitivita, opakované záněty apod.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Pobíráte jakýkoliv invalidní důchod nebo jste jej v minulosti pobíral(a) či probíhá řízení o přiznání invalidního důchodu? Pokud ano, uveďte od kdy, druh důchodu, pro jaké onemocnění/úraz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) nemoci očí, uší, krční a smyslových orgánů: krátkozrakost, dalekozrakost (uveďte počet dioptrií), slepota (i částečná), nedoslýchavost, hluchota apod.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 5 letech nebo Vám bylo v tomto období doporučeno užívání léků?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) jakékoli nemoci kůže: ekzém, lupénka, bérčové vředy apod.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Byl(a) jste někdy vyšetřován(a), sledován(a), léčen(a) nebo léčba byla doporučena pro níže uvedené zdravotní potíže:			h) neurologické poruchy: bolesti hlavy, migréna, závratě, ztráta vědomí, epilepsie, poruchy hybnosti, vnímání, mluvení nebo porozumění řeči, cévní mozková příhoda (mrtvice), ochrnutí, roztroušená skleróza, demence, kolaps apod.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) onemocnění nebo úrazy svalového nebo kosterního systému (kosti, klouby, svaly, vazy, šlachy, bolesti páteře, ortopedické vady, revmatismus, osteoporóza, artritida, artróza apod.?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i) nádorová onemocnění: rakovina a jiné zhoubné i nezhoubné nádory, např. cysty, myomy, adenomy, lipomy apod.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	b) duševní (psychické, psychiatrické) choroby, úzkostné stavy, deprese, pokus o sebevraždu, alkoholovou, drogovou nebo jakoukoli jinou závislost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j) máte jakékoli zdravotní problémy, jako jsou např. zvracení, průjem, nechutenství, hubnutí, bolesti břicha, křeče v břiše? Plánujete v blízké době nějaké/a lékařské/a vyšetření a/nebo očekáváte výsledky takových vyšetření? Pokud ano, uveďte veškeré podrobnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	c) onemocnění srdce, cévní onemocnění, cukrovku, neurologické poruchy (např. epilepsie, mrtvice, roztroušená skleróza), onemocnění plic, ledvin, jater, nádorové onemocnění, nemoci trávicího traktu, nemoci pohlavních orgánů?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Utrpěl(a) jste v minulosti nějaký úraz? Pokud ano, uveďte: – rok úrazu a druh poranění (např. zlomenina, podvrtnutí apod.) – poraněnou část těla (u párových orgánů postíženou stranu) – rozsah trvalých následků (např. omezená hybnost, zkrácení končetiny, nestabilita kloubu apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	d) jiná zdravotní postižení, zdravotní omezení, vrozené vady?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Měl nebo má Váš otec, matka nebo sourozenci před 60. rokem věku některou z těchto chorob: cukrovku, onemocnění ledvin, vysoký krevní tlak, srdeční chorobu, cévní mozkovou příhodu, rakovinu, duševní (psychickou, psychiatrickou) chorobu nebo jinou dědičnou chorobu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. Byl(a) jste v posledních 5 letech v pracovní neschopnosti, léčen(a), případně vyšetřován(a) pro onemocnění nebo úraz po dobu delší než 3 týdny, případně užíval(a) jste pravidelně nějaké léky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	6. Byl(a) jste někdy vyšetřován(a), sledován(a), léčen(a) nebo léčba byla doporučena pro níže uvedené zdravotní potíže:						
	a) vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, bolesti na hrudi, srdeční šelest, revmatická horečka, embolie, trombóza, záněty žil nebo jiné onemocnění srdce nebo oběhového systému?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	b) onemocnění plic a dýchacích cest nebo jakékoli respirační choroby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c) onemocnění ledvin a močových cest, nebo nemoci a zánětlivá onemocnění pohlavních orgánů, prsů, vaječníků, prostaty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Otázka číslo	Nemoc	Počátek, doba trvání	Léčba	Doléčeno		Ošetřující lékař (jméno, adresa a telefonní číslo)
				ano	ne	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

V případě, že na kterýkoli z dotazů odpovíte kladně, uveďte níže číslo dotazu a podrobnosti (např. název pojišťovny, produkty, pojistné částky, v případě sportu jaký, na jaké úrovni, apod.).		Ano	Ne		Ano	Ne
Doplňující informace (vyplnit vždy)	1. Máte podán návrh na uzavření nebo uzavřené pojistné smlouvy životního, úrazového nebo invalidního pojištění nebo pojištění pro případ pracovní neschopnosti, denního odškodného s jinou pojišťovnou? Uveďte název pojišťovny, produkty, pojistné částky apod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Provozujete pravidelně nějaký sport (např. rekreačně/amatérsky/profesionálně, regionální soutěže/celostátní soutěže/mezinárodní soutěže)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Odmítl(a) jste s Vámi nebo vypověděla Vám někdy některá pojišťovna uzavřít výše uvedené pojištění nebo Vám bylo nabídnuto za jiných/nestandardních podmínek (např. za zvýšené pojistné oproti navrhovanému, s omezením pojistného krytí atd.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Trávíte volný čas aktivitami, které jsou obecně pokládány za nebezpečné (např. potápění, horolezectví, letectví, tzv. adrenalinové sporty apod.)? Pokud ano, vyplňte příslušný formulář vydaný pojišťovnou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Obdržel(a) jste, nebo máte nyní zažádáno, nebo budete žádat u některé pojišťovny pojistné plnění za již prodělaný úraz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Předpokládáte, že budete v budoucnu dlouhodobě pobývat mimo území států Evropské unie? Pokud ano, uveďte stát, rok, délku pobytu + důvod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dne Podpis



0111093WU1091117