

## Úrazový dotazník o zdravotnom stave dieťaťa/deti

- pripoistenie DBC5, DBC6

Číslo poisťnej zmluvy

Meno a kontakt na praktického lekára poisteného dieťaťa (adresa vrátane PSČ, telefón)

\* V prípade, že poistené deti nemajú rovnakého lekára, použite, prosím osobitný list papiera a uveďte kontakt na všetkých lekárov s uvedením mena dieťaťa.

1. dieťa	Priezvisko, Meno	<input type="text"/>	Váha	<input type="text"/>	kg	Výška	<input type="text"/>	cm
2. dieťa	Priezvisko, Meno	<input type="text"/>	Váha	<input type="text"/>	kg	Výška	<input type="text"/>	cm
3. dieťa	Priezvisko, Meno	<input type="text"/>	Váha	<input type="text"/>	kg	Výška	<input type="text"/>	cm

Otázky	1. dieťa	2. dieťa	3. dieťa	Upresnenie v prípade kladnej odpovede:
1. Bolo poistené dieťa v minulosti vyšetrované, lieči sa, má byť sledované alebo je ešte sledované praktickým lekárom či iným odborným lekárom kvôli zdravotným problémom, telesnej poruche, úrazu, vrátane rehabilitácie, alebo bolo v posledných 5 rokoch hospitalizované v nemocnici, kúpeľoch či liečebni?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
2. a) Užívalo, užíva alebo má užívať poistené dieťa lieky?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
b) Užívalo alebo užíva poistené dieťa omamné alebo psychotropné látky?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
3. a) Má poistené dieťa poruchu sluchu?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> vpravo % strata <input type="checkbox"/> vpravo % strata <input type="checkbox"/> vpravo % strata <input type="checkbox"/> vľavo % strata <input type="checkbox"/> vľavo % strata <input type="checkbox"/> vľavo % strata <input type="checkbox"/> spolu % strata <input type="checkbox"/> spolu % strata <input type="checkbox"/> spolu % strata
b) Má poistené dieťa poruchu zraku?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> dioptrie vpravo <input type="checkbox"/> dioptrie vpravo <input type="checkbox"/> dioptrie vpravo <input type="checkbox"/> dioptrie vľavo <input type="checkbox"/> dioptrie vľavo <input type="checkbox"/> dioptrie vľavo
4. Má pripoistené dieťa akékoľvek trvalé zdravotné postihnutie alebo chorobu?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
5. Má alebo malo akékoľvek nervové či iné problémy, napr. závraty, prechodná strata zraku, poruchy vedomia, epileptické záchvaty, akékoľvek typ ochrnutia?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
6. Má alebo malo poistené dieťa depresie, úzkostné stavy, pokúsilo sa o samovraždu? Bolo vyšetrované psychiatrom alebo psychológom?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
7. Venuje sa poistené dieťa pravidelne (viac ako 2x týždenne) niektorému z týchto športov alebo činností: adrenalinové športy, ľahká atletika, automobilové športy, bojové umenia, zápasnícke športy, cyklistika, horolezectvo, vysokohorská turistika, jazdectvo, letectvo, loptové športy, motocyklové športy, potápanie, speleológia, vodné športy, zimné športy, balet, tanec, gymnastika, kulturistika, a iné?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	
8. Má v platnosti alebo sa mu chystáte uzatvoriť aj iné úrazové (pri)poistenie? Pokiaľ áno, uveďte meno poisťovne, finančnej inštitúcie, poisťnú sumu, dátum začiatku a konca tohto (pri)poistenia.	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	

Informácie v tomto dotazníku sú dôverné a budú spracovávané v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších právnych predpisov a podľa zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve a to po dobu nevyhnutne nutnú k zaisteniu práv a povinností vyplývajúcich zo záväzkového vzťahu. Slúžia na oceňovanie zdravotného rizika. Týmto potvrdzujem, že vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé a súhlasím, aby ich ING Životná poisťovňa, a.s. použila ako základ pre posúdenie rizika spojeného s poisťnou zmlouvou alebo jej zmenou. V prípade uzatvorenia poisťnej zmluvy alebo zmeny v poisťnej zmluve sa tento zdravotný dotazník stáva neoddeliteľnou súčasťou poisťnej zmluvy. Beriem na vedomie, že vedome nepravdivé alebo neúplné údaje môžu mať za následok odstúpenie poisťovne od zmluvy alebo zníženie či odmietnutie poisťného plnenia. Zároveň beriem na vedomie, že prehlásenie podľa predchádzajúcej vety sa vzťahuje i na odpovede na písomné otázky poisťovne týkajúce sa dojednaného poistenia, ktoré boli poisťovňou vznesené v súvislosti so zmenou alebo doplnením poisťnej zmluvy po jej uzatvorení. Splnomocňujem všetkých lekárov a zdravotnícke zariadenia, u ktorých sa liečilo, alebo sa bude liečiť poistené dieťa, na poskytnutie úplných informácií o zdravotnom stave poisteného dieťaťa v prípade, že o ne poisťovateľ požiada.

Týmto vyhlasujem a potvrdzujem, že som overil totožnosť poisteného / zákonného zástupcu na základe dokladu preukazujúceho totožnosť, t. j. (správne označte):

Občianskeho preukazu	<input type="checkbox"/> číslo:	<input type="text"/>	platnosť ID do:	<input type="text"/>
Pasu	<input type="checkbox"/> číslo:	<input type="text"/>	platnosť ID do:	<input type="text"/>

.....  
 podpis poisteného / zákonného zástupcu

.....  
 Dátum (musí byť zhodný s dátumom spisania zmluvy)