



Identifikačné číslo spoločnosti

--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo poisťnej zmluvy

--

Dotazník o zdravotnom stave dieťaťa

Poisťovateľ: ING Životná poisťovňa, a.s., Trnavská cesta 50/B, 821 02 Bratislava, Slovenská republika, www.ing.sk, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, v oddieli: Sa, Vložka č.: 1095/B, Tel.: 0850 111 464, fax: 02/59 313 999, IČO: 35 691 999, IČ DPH: SK 2020861557

POISŤNÍK

Priezvisko/Obchodné meno	Meno	Titul	Rodné číslo/IČO
--------------------------	------	-------	-----------------

POISŤENÝ - DIEŤA

1D	Priezvisko a meno	Rodné číslo
2D		
3D		

Úrazový dotazník o zdravotnom stave dieťaťa/deti

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 lekároch s uvedením mena dieťaťa.*

1D	Priezvisko, Meno	Váha	Výška
2D		kg	cm
3D		kg	cm

Otázky	1. dieťa	2. dieťa	3. dieťa	Upresnenie v prípade kladnej odpovede:															
	Áno Nie	Áno Nie	Áno Nie																
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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
2. a) Užívalo, užíva alebo má užívať lieky? b) Užívalo alebo užíva omamné alebo psychotropné látky?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
3. a) Má poruchu sluchu? b) Má poruchu zraku?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> vpravo % strata</td> <td><input type="checkbox"/> vpravo % strata</td> <td><input type="checkbox"/> vpravo % strata</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vľavo % strata</td> <td><input type="checkbox"/> vľavo % strata</td> <td><input type="checkbox"/> vľavo % strata</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> spolu % strata</td> <td><input type="checkbox"/> spolu % strata</td> <td><input type="checkbox"/> spolu % strata</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dioptrie vpravo</td> <td><input type="checkbox"/> dioptrie vpravo</td> <td><input type="checkbox"/> dioptrie vpravo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dioptrie vľavo</td> <td><input type="checkbox"/> dioptrie vľavo</td> <td><input type="checkbox"/> dioptrie vľavo</td> </tr> </table>	<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	<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
<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																	
<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 akékoľvek trvalé zdravotné postihnutie alebo chorobu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
5. Má alebo malo akékoľvek nervové či iné problémy, napr. závraty, prechodnú stratu zraku, poruchy vedomia, epileptické záchvaty, akýkoľvek typ ochrnutia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
6. Má depresie, úzkostné stavy, pokúsilo sa o samovraždu? Bolo vyšetrované psychiatrom alebo psychológom?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
7. Venuje sa pravidelne (viac ako 2x týždenne) niektorému z týchto športov alebo činností: adrenalínové športy, ľahká atletika, automobilové športy, bojové umenia, zápasnícke športy, cyklistika, horolezectvo, vysokohorská turistika, jazdecko, letectvo, loptové športy, motocyklové športy, potápanie, speleológia, vodné športy, zimné športy, balet, tanec, gymnastika, kulturistika a iné?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
8. Má v platnosti alebo sa mu chystáte uzatvoriť aj iné úrazové (pri)poistenie? Pokiaľ áno, uveďte meno poisťovne, finančnej inštitúcie, poistnú sumu, dátum začiatku a konca tohto (pri)poistenia.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																

Týmto potvrdzujem, že vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé a súhlasím, aby ich poisťovateľ použil ako základ pre posúdenie rizika spojeného s uzatvorením tejto Zmluvy alebo jej zmenami. V prípade uzatvorenia Zmluvy alebo jej zmeny sa tento zdravotný dotazník stáva jej neoddeliteľnou súčasťou.

 V dňa

 podpis finančného agenta

 podpis poistníka/ zákonného zástupcu