

Príezvisko a meno   
 Váha (kg)  Výška (cm)  Rok narodenia

### Vyhlasenie o zdravotnom stave

Vyplňte pre vstupný vek 15 - 50 rokov, ak PS pre prípad smrti je od 4 001 - 12 000 EUR alebo ak je dohodnutá PDR6 s PS v rozmedzí 12 001 - 24 000 EUR.

Týmto záväzne prehlasujem, že do dátumu uzatvorenia Zmluvy, vrátane, som podľa svojho vedomia zdravý, nemám žiadne zdravotné problémy, nie je mi diagnostikované žiadne ochorenie a nie som alebo nemám byť v sledovaní praktickým alebo iným odborným lekárom, neužívam ani nemám užívať žiadne lieky a neužívam ani som neužíval žiadne omamné alebo psychotropné látky. V období bezprostredne predchádzajúcom uzatvoreniu tejto Zmluvy som nepodstúpil žiadne lekárske vyšetrenie, ktorého výsledok nie je ku dňu uzatvorenia tejto Zmluvy známy. Nie som v pracovnej neschopnosti a za uplynulých 12 mesiacov som nebol v pracovnej neschopnosti dlhšej ako 20 po sebe nasledujúcich dní a nie je u mňa naplánovaný žiadny chirurgický zákrok.

S vyššie uvedeným súhlasím.
  S vyššie uvedeným nesúhlasím a prikladám zdravotný dotazník, ktorý je neoddeliteľnou súčasťou tejto Zmluvy.

### VYPLŇTE OTÁZKY 1 AŽ 5.

	ÁNO	NIE	Pokiaľ áno, uveďte podrobnosti (názov ochorenia, dátum zistenia, liečba vrátane názvu lieku a dávkovania)
1. Fajčili ste alebo ste užívali akúkoľvek formu tabakového alebo nikotínového produktu v posledných 12 mesiacoch? Uveďte typ a priemernú dennú dávku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Mali ste v minulosti závažné zdravotné problémy, napríklad akúkoľvek formu srdcových ochorení, mŕtvicu, rakovinu, žltacku typu B alebo C alebo pozitívny test na HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Boli ste v minulosti vyšetrovaný(á), liečite sa alebo máte byť sledovaný(á) pre chronické alebo dlhodobé ochorenie, ako je cukrovka, vysoký krvný tlak, zvýšený cholesterol, závislosť od alkoholu alebo akákoľvek iná závislosť, ochorenie pečene či ľadvín, duševné ochorenie (ktoré si vyžadovalo liečbu či pracovnú neschopnosť), alebo roztrúsená skleróza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Užívali ste v posledných 24 mesiacoch nejakú formu liekov dlhšie než 2 týždne? Plánujete návštevu akéhokoľvek lekára v blízkej budúcnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Boli ste za posledných 24 mesiacov v pracovnej neschopnosti dlhšie než 2 týždne, alebo sa momentálne nachádzate v pracovnej neschopnosti? Máte zdravotné problémy alebo telesnú vadu, ktorá vás akýmkoľvek spôsobom obmedzuje pri vykonávaní zamestnania, alebo je u vás plánovaná (v období nasledujúceho roka) akákoľvek operácia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### VYPLŇTE OTÁZKY 6 AŽ 9, AK JE VÁŠ VEK VYŠŠÍ NEŽ 50 ROKOV ALEBO PS NA HLAVNOM POISTENÍ JE VYŠŠIA NEŽ 40 000 EUR ALEBO PS NA PRIPOISTENÍ JE VYŠŠIA NEŽ LIMIT.

6. Absolvovali ste za posledných 5 rokov operáciu, alebo ste boli v zdravotníckom zariadení hospitalizovaný(á) 2 a viac nocí?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Absolvovali ste za posledných 5 rokov špeciálne vyšetrenie alebo test, ako je EKG (elektrokardiografické vyšetrenie), MRI (magnetická rezonancia), CT (počítačová tomografia), endoskopické alebo iné vyšetrenie? Uveďte názov, dôvod vyšetrenia a jeho výsledok.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Prekonali ste za posledných 5 rokov niektorú z týchto chorôb?			
<input type="checkbox"/> akúkoľvek poruchu srdca alebo krvného obehu, bolesť na hrudi, arytmiu, krvácanie do mozgu alebo nedokrvenie mozgu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> akúkoľvek poruchu spojenú so zažívaním, ako napr. vred, gastritídu, kolitídu alebo Crohnovu chorobu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> akúkoľvek poruchu nervového systému, ako napr. epilepsiu alebo záchvaty, ochrnutie, závrate alebo trpnutie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> akúkoľvek poruchu dýchacej sústavy, ako napr. astmu, chronickú bronchitídu alebo rozduťie pľúc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> akúkoľvek duševnú chorobu, ako napr. úzkosť, depresiu, nervové zrútenie, stres, pokus o samovraždu, chronickú únavu, poruchu príjmu potravy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> akékoľvek ochorenie chrbta alebo kĺbov, ako napr. artritídu, ischias alebo akékoľvek iné ochorenie pohybového aparátu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> nálezy v krvi alebo moči, ktoré neboli vyššie uvedené a ktoré vyžadovali testy, konzultáciu alebo liečbu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Odmietla Vám v minulosti poisťovňa životné alebo úrazové poistenie? Alebo vám bolo navrhnuté vyňatie určitej časti poistenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### POKIAĽ SI UZATVÁRATE PRIPOISTENIE KRITICKÝCH CHORÔB, VYPLŇTE PROSÍM OTÁZKY POD ČÍSLOM 10 AŽ 12.

10. Mali ste za posledných 5 rokov hrčku, výrastky alebo krvácajúce miesta na koži, alebo bolestivé miesta a útvary meniace farbu alebo veľkosť?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Boli u vás v posledných 5 rokoch zaznamenané akékoľvek poruchy citlivosti, opuch alebo pocit trpnutia končatiny alebo tváre, strata svalovej sily, rozmazané alebo dvojité videnie, ktoré nemožno korigovať okuliarmi alebo kontaktnými šošovkami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Ochorel alebo zomrel niekto z vašich priamych príbuzných (rodičia alebo súrodenci) na niektorú z uvedených chorôb pred 60. rokom veku: ochorenie srdca, mŕtvica, rakovina, roztrúsená skleróza, Huntingtova choroba, polycystické ľadviny, polypy v hrubom čreve alebo iné dedičné ochorenia? Uveďte aj príbuzenský vzťah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

UVEĎTE MENO, ADRESU (ULICA, ČÍSLO, MIESTO, PSČ) A TELEFÓN OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA:

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

Dňa

Podpis poisteného / zákonného zástupcu