ČESKÁ POJIŠŤOVNA

Zdravotní dotazník

POJIŠTĚNÝ

Pojištěný je povinen uvést všechny údaje, i taková onemocnění, která se mu jeví jako nepodstatná. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojištění nebo na plnění pojistitele v případě pojistné události.

Číslo pojistné smlouvy

Příjmení, jméno pojištěného

Rodné číslo

Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho **současného praktického** lékaře a **odborného** lékaře (navštěvujete-li)

ZÁKLADNÍ ČÁST

I. - část A Je-li přikládán zdravotní dotazník pouze z důvodu sjednání úrazového pojištění nad limity stanovené pojistitelem, je nutné vyplnit otázky 1– 9 b. V ostatních případech je nutné vyplnit všechny otázky. Odpovíte-li na jakoukoli otázku ANO, rozveďte v části B.

Vaše současná váha ... kg a výška ... cm

Zaškrtněte ANO NE

1. Jste v současné době v pracovní neschopnosti, léčen(a) nebo vyšetřován(a) pro akutní onemocnění nebo úraz?

2. Vyžadovalo nějaké Vaše onemocnění či úraz pobyt a léčení v nemocnici nebo v jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?

3. Byl(a) jste někdy operován(a) pro nemoc, úraz nebo je operativní zákrok plánován nebo doporučen?

4. Máte sjednánu s ČP smlouvu životního pojištění, životního pojištění s úrazovým (při)pojištěním nebo samostatného úrazového pojištění po 1. 1. 1994?

5. Pokud nosíte brýle, uveďte počet dioptrií

pravé ... , ... levé ... , ... oko

6. Utrpěl(a) jste úraz? Zanechal trvalé následky?

7. Provozujete jako aktivní účastník organizovaných soutěží nějaký sport? Jaký a na jaké úrovni?

8. Jste pravák ... , nebo levák? ...

9. Uveďte, zda jste nebo jste byl(a) někdy vyšetřován(a), sledován(a), léčen(a) pro úrazy či níže uvedené nemoci a zdravotní potíže:

a) nemoci kostí, kloubů a svalů, páteře, revmatismus, dnu, ortopedické vady, nemoci kůže, bolesti páteře

b) nemoci očí, uší, slepota, hluchota

Pokud kouříte, uveďte počet cigaret denně ... počet let ...

Zaškrtněte ANO NE

c) vysoký nebo kolísavý krevní tlak, (hodnoty krevního tlaku uveďte zde) ... poruchy srdečního rytmu, srdeční infarkt, mrtvici, embolii, trombózu, srdeční vady, onemocnění srdce a cév, záněty žil, křečové žíly, bércový vřed

d) astma, tuberkulózu, chronický zánět průdušek, jiné nemoci plic

e) nemoci jícnu, žaludku, střev, konečníku, jater, žlučníku, slinivky, sleziny

f) nemoci ledvin, močových cest, prostaty, prsu, dělohy, vaječníků

g) cukrovku, poruchy funkce štítné žlázy, zvýšený cholesterol, jiné poruchy metabolismu

h) anémii, nemoci krve a mízních uzlin, poruchy imunity, únavový syndrom

i) rakovinu a jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy aj.)

j) bolesti hlavy, migrénu, epilepsii, jiné nervové nemoci, duševní nemoci

k) jiné, zde neuvedené nemoci i infekční, HIV pozitivita, pohlavní choroby, vrozené vady

10. Byl(a) jste v posledních třech letech 3 nebo více týdnů nepřetržitě léčen(a) nebo v pracovní neschopnosti?

11. Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 3 letech?

12. Pobíráte invalidní důchod pro invaliditu prvního, druhého či třetího stupně (plný nebo částečný invalidní důchod) nebo řízení o jeho přiznání probíhá?

13. Léčil(a) jste se někdy nebo léčba Vám byla doporučena v souvislosti s návykem na alkohol, drogy, hráčství?

UPŘESNĚNÍ

I. - část B Upřesnění z části A nemocí, úrazů, invalidního důchodu – pokud nedostačuje prostor, pokračujte na volný list papíru označený č. PS a podpisem pojištěného.

Pokud jste na některou otázku v části **A** odpověděl(a) ANO, uveďte a upřesněte nemoc a její léčbu, úraz a jeho datum, rok a důvod přiznání invalidního důchodu apod. Následky nemoci či úrazu přesně popište včetně počátku, délky léčby a ukončení léčení (u epilepsie sdělte typ a počet záchvatů ročně, vznik a příčinu – znáte-li).

č. ot.	nemoc, úraz	počátek, délka trvání, ukončení (měs./rok)	léčba (léky, u operace měs./rok)	léčba ukončena ANO	NE

ZO, KO

Povinné pouze při sjednání pojištění závažných onemocnění dospělých, resp. kritických onemocnění dospělých

14. Měli Vaši rodiče nebo sourozenci některou z těchto chorob: vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, cukrovku, cévní příhodu, nemoci ledvin, zvýšený cholesterol, nádorové onemocnění, vrozenou vadu, duševní nemoc, epilepsii **s počátkem onemocnění do 60 let věku**? Pokud ANO uveďte v tabulce níže: ANO ... NE ...

	název nemoci nebo příčina smrti
rodiče	
sourozenci	

PODPISY

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné. Pokud nejsou odpovědi psány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a že jsou pravdivé. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může pojistitel ve smyslu ustanovení § 23 a § 24 zák. o pojistné smlouvě od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění. Tento zdravotní dotazník je nedílnou součástí pojistné smlouvy.

V ... dne ... 20 ...

Podpis pojištěného

Podpis pojišťovacího zprostředkovatele zastupujícího Českou pojišťovnu a.s. na základě plné moci/**Podpis zaměstnance** České pojišťovny a.s.*)

TC89460001027

*) nehodící se škrtněte