

Pojištěný je povinen uvést všechny údaje úplně a pravdivě, a to i taková onemocnění, která se mu jeví jako nepodstatná, neboť všechny dotazy mají význam pro rozhodnutí pojistitele, jak bude ohodnoceno pojistné riziko, zda a za jakých podmínek jej pojistí. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojistění nebo na plnění pojistitele v případě pojistné události.

Příjmení / Jméno /

Titul

Rodné číslo

 Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho **současného praktického lékaře a odborného lékaře (navštěvujete-li)**
**Část A Je-li přikládán zdravotní dotazník pouze z důvodu sjednání úrazového pojištění nad limity stanovené pojistitelem, vyplňte otázky 1 – 7b.**

V ostatních případech je nutné vyplnit všechny otázky. Odpovíte-li na jakoukoli otázku ANO, rozveďte v části B.

Vaše současná váha	<input type="text"/>	kg	a výška	<input type="text"/>	cm	Zaškrtněte ANO NE	Pokud kouříte, uveďte počet let	<input type="text"/>	a počet cigaret denně	<input type="text"/>	Zaškrtněte ANO NE
1. Jste v současné době v pracovní neschopnosti?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			d) plíc a dýchacích cest (např. astma, tuberkulóza, chronický zánět průdušek)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Jste v současné době léčen(a) či vyšetřován(a) pro nemoc nebo úraz?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			e) jícnu, žaludku, střev, konečníku, jater, žlučníku, slinivky, sleziny	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3. Vyžadovala Vaše nemoc či úraz v posledních 10 letech pobyt nebo léčení v nemocnici nebo jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			f) ledvin, močových cest, prostaty, prsu, dělohy, vaječníků, vejcovodu	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
4. Byl(a) jste v posledních 10 letech operován(a) pro nemoc či úraz nebo je operace v současné době plánována nebo doporučena?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			g) štítné žlázy a metabolismu (např. cukrovka, zvýšený cholesterol)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5. Utrpěl(a) jste úraz v posledních 10 letech s dobou léčení delší než 4 týdny?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			h) krve a mízních uzlin, imunity (např. anémie, únavaový syndrom)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
6. Utrpěl(a) jste úraz, který zanechal trvalé následky?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			i) nervové (např. roztroušená skleróza, epilepsie, migréna, bolesti hlavy), duševní (i poruchy chování)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
7. Uveďte, zda jste nebo jste byl(a) v průběhu svého života sledován(a) nebo léčen(a) pro nemoci či úrazy:							j) rakovinu a jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
a) páteře, kostí, kloubů, svalů a kůže (např. bolesti páteře, revmatismus, dna, ortopedické vady, lupénka, atopický ekzém)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			k) infekční (mimo angíny, chřipky a virózy), tropické, pohlavní, HIV pozitivita, vrozené vady	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
b) očí, uší (např. slepota, hluchota)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			l) jiné, zde neuvedené nemoci či úrazy (mimo angíny, chřipky, virózy apod.)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Uveďte, pokud máte více než 5 dioptrií:							8. Trpíte zdravotními obtížemi, pro které nejste sledován(a) ani léčen(a)?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
pravé <input type="text"/> , <input type="text"/> levé <input type="text"/> , <input type="text"/> oko							9. Byl(a) jste v posledních 3 letech tři nebo více týdnů nepřetržitě léčen(a) nebo v pracovní neschopnosti?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
c) srdce a cév (např. vysoký nebo kolísavý krevní tlak*, poruchy srdečního rytmu, srdeční infarkt, mrtvice, embolie, trombóza, srdeční vady, zánět žil, křečové žíly, bérčový vřed)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			10. Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 3 letech?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
*hodnoty krevního tlaku uveďte zde <input type="text"/> / <input type="text"/>							11. Byl Vám přiznán částečný nebo plný invalidní důchod, invalidita prvního, druhého nebo třetího stupně nebo řízení o přiznání invalidity probíhá?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
							12. Léčil(a) jste se nebo Vám léčba byla doporučena v souvislosti s návykem na alkohol, drogy, hráčství v průběhu Vašeho života?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

**Část B Upřesnění z části A nemocí, úrazů, invalidního důchodu – pokud nedostačuje prostor, pokračujte na volný list papíru označený číslem PS a podpisem pojištěného.**

Pokud jste na některou otázku v části A odpověděl(a) ANO, uveďte a upřesněte u nemoci počátek, léčbu a ukončení léčení; u úrazu jeho datum a léčbu; u invalidity rok a důvod jejího přiznání.

číslo otázky	nemoc, úraz	počátek, délka trvání, ukončení (měs./rok)	léčba (léky, u operace měs./rok) důvod invalidity	léčba ukončena ANO NE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

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

13. 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, s počátkem onemocnění do 60 let věku? Pokud ANO, uveďte níže název nemoci nebo příčinu smrti: ANO  NE

matka

otec

sourozenci

V

dne

20

Podpis pojištěného

**Razítko a podpis pojišťovacího zprostředkovatele**  
 zastupujícího ČP a ČPZ na základě plné moci /  
**Podpis zaměstnance ČP/ČPZ na základě plné moci**


\*TC89460001043\*