

B. POISTENÁ OSOBA

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo/IČO
Číslo OP/pasu	Priemerný čistý mesačný príjem	Štátna príslušnosť
Povolanie – oblasť podnikania (špecifikovať – zamestnaný, nezamestnaný, SZČO)		
Adresa trvalého bydliska – ulica, číslo	PSČ	Miesto – dodacia pošta
Telefonický kontakt/mobilný telefón		E-mail

C. OBSAH POISTENIA

Vstupný vek poistenej osoby	Oprávnená osoba alebo osoby na plnenie v prípade smrti poistenej osoby (meno, priezvisko, rodné číslo, prípadne podiel na plnení), resp. právnická osoba (obchodný názov, IČO):		
Riziková skupina poistenej osoby	<input type="checkbox"/> Osoba (osoby) v zmysle § 817 Občianskeho zákonníka		
Druh poistenia	Poistná suma v EUR	Mesačné poistné v EUR	Mesačné poistné po zohľadnení rizika (prac., mimo-prac. čin.) v EUR
Pripoistenia poistenej osoby			
<input type="checkbox"/> Dočasné pripoistenie pre prípad smrti Doba poisteniarokov			
<input type="checkbox"/> Dočasné pripoistenie pre prípad smrti s lineárne klesajúcou poistnou dobou. Doba poistenia rokov			
<input type="checkbox"/> Smrť následkom úrazu			
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu			
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 %			
<input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 500 %			
<input type="checkbox"/> Čas nevyhnutného liečenia úrazu			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za čas nevyhnutného liečenia			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za pobyt v nemocnici			
<input type="checkbox"/> Denné odškodné za pobyt v nemocnici bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie onkologických chorôb			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie onkologických chorôb bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Odškodné za chirurgický zákrok			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie vážnych chorôb			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie vážnych chorôb bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie vážnych chorôb dieťaťa			
<input type="checkbox"/> Denná dávka v prípade dočasnej práceneschopnosti			
<input type="checkbox"/> Invalidita s výplatou poisťnej sumy			
<input type="checkbox"/> Invalidita s výplatou poisťnej sumy bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Invalidita s výplatou dôchodku			
<input type="checkbox"/> Invalidita s výplatou dôchodku bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie invalidity komplet			
<input type="checkbox"/> Pripoistenie invalidity komplet bez ochranných lehôt			
<input type="checkbox"/> Invalidita s klesajúcou poistnou sumou Doba poistenia rokov			

Druh poistenia	Poistná suma v EUR	Mesačné poistné v EUR	Mesačné poistné po zohľadnení rizika (prac., mimo-prac. čin.) v EUR
Zlomeniny benefit program *	200		
Denné odškodné za pobyt v nemocnici na ARO/JIS *	10	_____	_____
Dentálna hygiena **	50 ročne max 200	_____	_____
Vážne choroby IN SITU ***	50% sumy Pripoistenie vážnych chorôb	_____	_____
Smrť pri dopravnej nehode ****	2 násobok sumy Dočasné pripoistenie pre prípad smrti a/alebo Dočasné pripoistenie pre prípad smrti s klesajúcou poistnou sumou	_____	_____
Mesačné poistenie za pripoistenie poistenej osoby:			

* Ak ste označili minimálne tri z nasledovných pripoistení: Smrť následkom úrazu, Denné odškodné za pobyt v nemocnici, Trvalé následky úrazu, Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 350 %, Trvalé následky úrazu s progresívnym plnením 500 %, Odškodné za chirurgický zákrok, Vážne choroby a Vážne choroby dieťaťa, vznikol poistenému nárok na pripoistenie „Zlomeniny benefit program“ a „Denné odškodné za pobyt v nemocnici na ARO/JIS.“

** Ak ste v poistnej zmluve dojednali pripoistenie „Odškodné za chirurgický zákrok“ s dojednanou poistnou sumou 3 000,00 Eur a viac, vznikol poistenému bezplatný nárok na „Benefit dentálna hygiena“.

*** Ak ste v poistnej zmluve dojednali „Pripoistenie vážnych chorôb“, vzniká poistenému nárok na pripoistenie „Benefit vážne choroby IN SITU“.

**** Ak ste v poistnej zmluve dojednali pripoistenie „Dočasné pripoistenie pre prípad smrti“ a/alebo „Dočasné pripoistenie pre prípad smrti s klesajúcou poistnou sumou“ vzniká poistenému nárok na pripoistenie „Benefit smrť pri dopravnej nehode“.

D. ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK (vždy vyplňuje poistená osoba, resp. zák. zástupca maloletého poisteného)

RODINNÁ ANAMNÉZA

Liečil/lieči sa niektorý z Vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím 60. roku veku na rakovinu, mozgovú príhodu, srdcový infarkt alebo na inú závažnú chorobu uvedenú v časti B tohto dotazníka?

☐ nie ☐ áno (Ak áno, uveďte na akú chorobu a koľko rokov)

OSOBNÉ ÚDAJE

Vaša výška	Vaša váha
Fajčíte viac ako 20 cigariet denne? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte koľko

VŠEOBECNÁ ČASŤ

1. Ste v súčasnosti práceneschopný (PN)? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte odkedy, dôvod a predpokladaný dátum ukončenia PN:
2. Ste v súčasnosti hospitalizovaný? Boli ste za posledných 10 rokov hospitalizovaný? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte odkedy (dokedy) a názov choroby, ktorá je alebo bola dôvodom hospitalizácie:
3. Máte zmenenú pracovnú schopnosť, bol Vám priznaný invalidný dôchodok alebo ste o tieto dávky požiadali? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte typ invalidného dôchodku a odkedy: čiastočný (menej ako 70 %) od roku: plný (viac ako 70 %) od roku:
4. Bola Vám lekárom doporučená akákoľvek operácia, vyšetrenie, liečba, hospitalizácia, pobyt v liečebni, alebo zdravotníckom zariadení, ktorú ste ešte neabsolvovali? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte čo Vám bolo lekárom doporučené, termín a dôvod:
5. Užívate pravidelne lieky alebo ste v minulosti pravidelne užívali lieky predpísané lekárom? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte názov lieku, obdobie a dôvod užívania:
6. Utrpeli ste niekedy úraz s trvalými následkami? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte druh úrazu, kedy nastal a jeho následky:

OCHORENIA/ZDRAVOTNÉ ŤAŽKOSTI:

Ste v súčasnosti alebo ste boli v minulosti sledovaný/á, liečený/á, hospitalizovaný/á na niektoré z nasledujúcich ochorení alebo závislostí?

1. srdce, cievy (zvýšený krvný tlak, ischemická choroba srdca, infarkt, kŕnatenie tepien (ateroskleróza), mozgová príhoda, angina pectoris, porucha srdcového rytmu, vrodená srdcová chyba, embólia, trombóza, zápal žíl a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	8. psychické ochorenie (depresia, pokus o samovraždu, neuróza, schizofrénia, alkoholová, drogová alebo iná závislosť a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno (Ak áno, abstinujete od roku:)
2. dýchací systém (astma, chronická bronchitída, chronická obštrukčná choroba pľúc, tuberkulóza, sarkoidóza, cystická fibróza a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	9. močový systém (ochorenie obličiek, močového mechúra, močovej rúry, prostaty, krv alebo bielkoviny v moči a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
3. nádorové ochorenie (zhubné a nezhubné nádory, ako aj leukémia, melanóm, myóm, lipóm, cysta a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	10. u žien - gynekologické ochorenie (ochorenie vaječníkov, maternice, prsníkov a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
4. neurologické ochorenie (epilepsia, ochrnutie, skleróza multiplex, mozgové poruchy, neuropatia a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	11. infekčné, vírusové (COVID) a pohlavne prenosné ochorenie (žltáčka - hepatitída A, B, C, D, mononukleóza, borelióza, tropické choroby, syfilis, HIV, AIDS a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
5. krvné, imunologické ochorenie (porucha imunity, poruchy krvnej zrážanlivosti, hemofília, leukémia a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	12. pohybový systém (ochorenie chrbtice, kĺbov, kostí, svalov, vrodené chyby, reumatizmus, psoriatická artritída a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
6. tráviaci systém (ochorenie pažeráka, žalúdka, dvanástnika, tenkého a hrubého čreva, konečníka, pečene, pankreasu, žľazy, krv v stolici a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	13. zrak, sluch (zákal, zvýšený očný tlak, choroby sietnice, zápaly, počet dioptrií a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
7. metabolické, endokrinologické ochorenie (cukrovka, zvýšený cholesterol, ochorenie štítnej žľazy, hypofýzy, dna a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	14. koža (psoriáza, plesne, ekzémy a iné) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno

V prípade, ak je Vaša odpoveď na niektorú otázku v časti Ochorenia/zdravotné ťažkosti tohto Zdravotného dotazníka poisteného kladná, uveďte názov ochorenia, dátum jeho diagnostikovania, absolvované vyšetrenia, či ste v súčasnosti alebo ste boli v minulosti sledovaný/á odborným lekárom, dátum Vašej poslednej kontroly a Váš aktuálny zdravotný stav:

Ak máte kópie lekárskeho správ, prosíme Vás, aby ste ich priložili k tomuto Zdravotnému dotazníku poisteného.

PREHLÁSENIE POISTENÉHO

Dojednaním pripoistenia ONKO poistený prehlasuje, že mu neboli diagnostikované nasledovné choroby alebo poškodenia:

Maligne tumory (napr. rakovina, leukémia), kožné lézie (napr. rastúce alebo krvácajúce kožné znamienka, vyžadujúce ich lekárske sledovanie) alebo infekcie HIV, zápalové ochorenie čriev (Crohnova choroba alebo ulcerózna kolitída), polycystické ochorenie obličiek, polypóza hrubého čreva, Lynchov syn-

dróm, azbestóza alebo chronická hepatitída alebo cirhóza pečene, HIV/AIDS.

Podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)

E. DOTAZNÍK K POISTNEJ ZMLUVE (vyplňuje poistená osoba, resp. zákonný zástupca maloletého poisteného)

RIZIKOVÉ POVOLANIA/ZÁČUBY

1. Venujete sa rizikómu športu alebo rizikovej aktivite? (napr. extrémne športy, automobilové a motocyklové športy, bojové športy a pod.) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte druh, ako často, koľko rokov:
2. Ste alebo budete v rámci výkonu svojho povolania vystavený zvláštnemu nebezpečenstvu, styku s výbušninami, nebezpečnými látkami, chemikáliami alebo ionizujúcemu žiareniu? (Napríklad: vojenský pilot, vojak alebo policajt zvláštnych jednotiek, osobná ochranka, hasič, záchranár, potápač, práca v šachtách, práca v tuneloch, práca v jaskyniach, práca vo výškach nad 4 m, práca v lese, práca na píle a pod.) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Ak áno, uveďte typ činnosti, ako dlho ju vykonávate a činnosť bližšie opíšte:

Podpisom potvrdzujem, že som všetkým otázkam porozumel/a a odpovedal/a som na všetky otázky pravdivo a úplne. Som si zároveň vedomý/á, že nepravdivosť údajov môže mať za následok odmietnutie alebo obmedzenie poistného plnenia zo strany poisťovne.

Dátum uzavretia poistenia	Podpis poistníka (v prípade firmy osoba oprávnená konať)	Podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu maloletého poisteného)	Meno a podpis obchodného zástupcu poisťovne (čitateľne)
---------------------------	--	--	---