

ZJEDNODUŠENÉ PREVERENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU

Zjednodušené preverenie zdravotného stavu je možné využiť pri splnení nasledujúcich podmienok: poistná suma pre poistenie smrti najviac 20.000 €, najvyšší vstupný vek 64 rokov, najvyšší vek pri ukončení zmluvy (premenení zmluvy na dôchodok) 75 rokov, žiadne iné poistené riziká.

Môžete pravdivo skonštatovať nasledovné?

Čestne prehlasujem, že v tomto momente nemám zníženú práceschopnosť a nepoberám ani som nepožiadala/a o poberanie dávok z dôvodu zníženej práceschopnosti, nespôsobilosti pracovať, invalidity alebo potreby dlhodobej opatery. Zároveň potvrdzujem, že som nebol hospitalizovaný/á počas posledných 5 rokov a že som sa v období posledných 5 rokov ani neliečil/a a ani neužíval/a lieky dlhšie ako 3 týždne bez prerušenia z dôvodu tých istých zdravotných problémov alebo chorôb.

Potvrdzujem: že som nemal a ani nemám nasledujúce ochorenia: malígne nádorové ochorenia, ochorenia nervového systému, duševné choroby, infekcia HIV, srdcový infarkt alebo mozgová príhoda.

Áno Nie

Dátum a podpis poistníka

Ak je odpoveď na čestné prehlásenie „NIE“, je nevyhnutné zodpovedať všetky otázky zdravotného dotazníku na tejto strane.

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

Prosíme vyplňte riadne, pravdivo a úplne odpovede na všetky nižšie uvedené otázky. V opačnom prípade môže byť v budúcnosti znížené alebo odmietnuté poistné plnenie alebo aj zrušená poistná zmluva.

1. Aké je Vaše povolanie? (Uvádzajte v súlade s kalkuláciou a uvádzajte aj možné riziká povolania - práca vo výškach, v zahraničí, ...)

2. Aká je Vaša výška a hmotnosť? cm kg

3. Fajčíte? Áno Nie

4. Športujete? Áno Nie Aký šport?

rekreačne poloprofesionálne (zúčastňuje sa súťaží) profesionálne (povolanie)

5. Užívate alebo užívali ste v minulosti pravidelne lieky z dôvodu liečby zdravotných ťažkostí, bolestí alebo choroby? Áno Nie

6. Užívate v súčasnosti alebo užívali ste v minulosti návykové látky (napr. drogy, alkohol, lieky)? Podrobili ste sa niekedy liečbe prípadne bola Vám niekedy odporúčaná, či nariadená liečba zo závislosti na návykových látkach, alkohole, drogách, liekoch, hráčstve a podobne? Áno Nie

7. Ste uznaný invalidným, žiadali ste niekedy o invalidný dôchodok, prípadne bola u Vás posudzovaná invalidita? Áno Nie

8. Trpíte v súčasnosti alebo ste trpeli v posledných 10 rokoch bolesťami, zdravotnými ťažkosťami alebo ochoreniami: Áno Nie

a) Srdca, ciev, pľúc, dýchacích orgánov (napr. vysoký krvný tlak, poruchy srdcového rytmu, búšenie srdca, srdcový šelest, ischemická choroba srdca, infarkt myokardu, angina pectoris, bolesti na prsiach, kŕčové žily, trombóza, embólia, astma, tuberkulóza, chronický zápal priedušiek - prípadne inými ochoreniami srdca, ciev, pľúc či dýchacích orgánov) Áno Nie

b) Látkovej výmeny, žliaz s vnútorným vylučovaním (napr. cukrovka, dna, zvýšený cholesterol, triglyceridy, poruchy funkcie štítnej žľazy - prípadne inými chorobami metabolizmu) Áno Nie

c) Pečene, žlčníka, pankreasu, pažeráka, žalúdka, dvanástorníka, tenkého čreva, hrubého čreva, konečníka, pohlavných orgánov, obličiek, močových ciest (napr. krv v moči), žltackou prípadne inými ochoreniami tráviacich orgánov Áno Nie

d) Krvi alebo imunitného systému (napr. chudokrvnosť, porucha zrážanlivosti krvi, hemofília, leukémia, zmeny v krvnom obraze, ochorenie sleziny, HIV infekcie, AIDS, alergie) Áno Nie

e) Kostí, kĺbov, svalov (napr. bolesti alebo ochorenia chrbtice, dlhodobejšie bolesti končatín, reumatizmus, artróza, osteoporóza - prípadne inými ochoreniami kostí, kĺbov a svalov) Áno Nie

f) Mozgu, nervov, duševnými ochoreniami (napr. bolesti hlavy, migrény, závrate, záchvaty, epilepsia, skleróza multiplex, mŕtvica, ochrnutie, depresie, duševné poruchy, pokusy o samovraždu - prípadne inými ochoreniami nervového systému) Áno Nie

g) Zhubnými alebo nezhubnými nádorovými ochoreniami (napr. rakovina, myómy, adenómy, lipómy, polypy, cysty - prípadne inými druhmi nádorových ochorení) Áno Nie

h) Vírusové, bakteriálne, infekčné, plesňové ochorenia (napr. HIV vírus, malária, mononukleóza, Lymfická borelióza a iné) Áno Nie

i) Očí alebo uší (napr. ochorenie sietnice, poruchy videnia - uveďte i počet dioptrií pre každé oko, slepota, hluchota, hluchonemost', poruchy sluchu - prípadne inými ochoreniami očí a uší) Áno Nie

j) Inými v zdravotnom dotazníku neuvedenými ochoreniami, poškodeniami zdravia (napr. úrazy), telesnými chybami Áno Nie

9. Boli u Vás zistené nie normálne (nepriaznivé) výsledky špeciálnych vyšetrení (napr. počítačová tomografia (CT), nukleárna magnetická rezonancia (MRI), röntgenové vyšetrenia (RTG), ultrazvuk (USG), EKG, vyšetrenie krvi, moču, genetické testy, HIV test na AIDS), prípadne iných špeciálnych vyšetrení? Áno Nie

10. Boli ste v posledných 10 rokoch hospitalizovaný, prípadne bola Vám v minulosti odporúčaná hospitalizácia za účelom diagnostiky ochorenia, vyšetrenia, liečenia, operácie a podobne? Áno Nie

11. Je Vám hospitalizácia v súčasnosti odporúčaná, prípadne plánovaná? Ak áno, priložte prosím kópiu lekárskej správy ohľadom hospitalizácie. Áno Nie

Detailné údaje k otázkam, ktoré boli zodpovedané áno

K číslu Druh ochorenia, zmien, ťažkostí

Kedy? Ako dlho?

Meno a adresa lekára/nemocnice

K číslu	Druh ochorenia, zmien, ťažkostí	Kedy? Ako dlho?	Meno a adresa lekára/nemocnice
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INÁ ZMENA

Dátum
podpisu

Podpis
poistníka

Podpis
poisteného

PODRIADENÝ FINANČNÝ AGENT

Registračné
číslo

Meno
a priezvisko

Telefon/
Mobil

E-mail

Týmto čestne prehlasujem, že som osobne identifikoval/a a overil/a identifikáciu poistníka v súlade s §7 a §8 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Dátum

Podpis podriadeného finančného agenta