

Názov SFA

Reg. číslo SFA

Meno PFA

Reg. číslo PFA

Telefón/Mobil PFA

E-mail PFA

**POISTNÍK**

Meno a Priezvisko

Rodné číslo (ak nebolo pridelené  
uved'te dátum narodenia)

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)

Štátna príslušnosť

Krajina daňovej rezidencie

Daňové číslo

**POISTENÁ OSOBA**

Titul

Dátum narodenia

Meno

Rodné číslo

Priezvisko

Štátna príslušnosť

Ulica, číslo

Miesto narodenia

PSČ

Telefón / Mobil

Obec

E-Mail

Korešpondenčná adresa

Krajina daňovej rezidencie

Daňové číslo

**ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA (SPLNOMOCNENÁ OSOBA)**

1. Meno a Priezvisko

Vzťah k poistenej osobe

Rodné číslo (ak nebolo pridelené  
uved'te dátum narodenia)

Štátna príslušnosť

Adresa trvalého pobytu (ulica, číslo, PSČ, obec)

**ŽELANÉ POISTNÉ KRYTIE**

Minimálna poistná suma pre jedno poistenie je 5.000 €.

Minimálna kumulatívna poistná suma celej poistnej zmluvy je 20.000 €.

Poistenie pre prípad smrti

    0 0 0 €Poistenie pre prípad úrazu<sup>1</sup>    0 0 0 €Poistenie pre prípad chorôb a operácií<sup>2</sup>    0 0 0 €Poistenie invalidity<sup>3</sup>    0 0 0 €

<sup>1</sup> Trvalé následky v dôsledku úrazu, smrť spôsobená úrazom, rozšírené úrazové krytie a pracovná neschopnosť v dôsledku úrazu.

<sup>2</sup> Kritické choroby, operácie v dôsledku choroby, hospitalizácia v dôsledku ochorenia a/alebo úrazu a pracovná neschopnosť v dôsledku choroby.

<sup>3</sup> Je možné uzavrieť iba od 18 rokov.

**POZNÁMKY****OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE SMRTI POISTENEJ OSOBY**

Priezvisko, meno, titul	Dátum narodenia	Podiel v %
		%
		%
		%

## ZJEDNODUŠENÉ PREVERENIE ZDRAVOTNÉHO STAVU POISTENEJ OSOBY:

Zjednodušené preverenie zdravotného stavu je možné využiť pri splnení nasledujúcich podmienok: poistná suma pre poistenie smrti najviac 30.000 €, najvyšší vstupný vek 64 rokov, žiadne iné pripoistenia.

### Odpovedzte pravdivo na nasledujúce otázky:

1. Máte momentálne zníženú pracovnú schopnosť, poberáte alebo ste požiadali o poberanie dávok z dôvodu zníženej pracovnej schopnosti, nespôsobilosti pracovať, invalidity alebo potreby dlhodoobej opaternej?  Áno  Nie
2. Boli ste hospitalizovaný/á počas posledných 5 rokov?  Áno  Nie
3. Liečili ste sa v období posledných 5 rokov alebo užívali ste lieky dlhšie ako 3 týždne bez prerušenia z dôvodu tých istých zdravotných problémov alebo chorôb?  Áno  Nie
4. Mali ste alebo máte nejaké z nasledujúcich ochorení: maligné nádorové ochorenie, ochorenie nervového systému, duševné choroby, infekcia HIV, srdcový infarkt alebo mozgová príhoda?  Áno  Nie

Dátum

Podpis poistenej osoby



Ak je odpoveď aspoň na jednu z uvedených otázok „ÁNO“, je nevyhnutné zodpovedať všetky otázky zdravotného dotazníka priloženého k tomuto dodatku poistenej osoby.

## VYHLÁSENIA POISTENEJ OSOBY A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

**Vyhlasujem**, že som sa oboznámil/a so Všeobecnými poistnými podmienkami spoločnosti NOVIS Insurance Company, NOVIS Versicherungsgesellschaft, NOVIS Compagnia di Assicurazioni, NOVIS Poistovňa a.s. (ďalej len „poistiteľ“) platnými pre návrh na uzavretie poistnej zmluvy alebo pre poistnú zmluvu, ku ktorej sa tento dodatok pre poistenú osobu zjednáva.  Áno  Nie

**Splnomocňujem** poistiteľa, aby podľa potreby preveroval môj zdravotný stav u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých som sa liečil/a, liečim sa a budem sa liečiť. Takisto splnomocňujem poistiteľa k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom uzatvorenia a zmien poistnej zmluvy a pre vybavenie poistných udalostí i na dobu po mojej smrti vo vzťahu k mojim lekárom, zdravotníckym zariadeniam a zdravotnej poisťovni. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poistiteľovi všetkých lekárov a zdravotníckych zariadení, ktorí ma liečili alebo s ktorými som konzultoval/a svoj zdravotný stav. V prípade potreby sa zaväzujem na žiadosť poistiteľa vystaviť poistiteľovi osobitné plnomocenstvo v potrebnom rozsahu. **Beriem na vedomie, že ak plnomocenstvo neudelim alebo ho zruším, a táto skutočnosť bude mať vplyv na skúmanie potrebné na zistenie rozsahu povinností poistiteľa plniť, poistiteľ si vyhradzuje právo neplniť, kým nebude udelené plnomocenstvo, ktoré poistiteľovi umožní preskúmanie zdravotného stavu a zdravotnej anamnézy.**  Áno  Nie

**Vyhlasujem**, že som v dostatočnom predstihu pred spísaním tohto dodatku poistenej osoby v písomnej forme prevzal/a a oboznámil/a sa s dokumentom „**Informácie pre klientov o ochrane osobných údajov**“ vytvoreným poistiteľom.  Áno  Nie

**Vyhlasujem, že nie som politicky exponovanou osobou** v zmysle platných právnych predpisov v oblasti ochrany pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu a zároveň sa zaväzujem, že ak sa v priebehu trvania zmluvného vzťahu s poistiteľom takouto osobou stanem, oznámim túto skutočnosť bez zbytočného odkladu poistiteľovi a vyplním Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby.  Áno  Nie

V prípade odpovede „nie“ je potrebné vyplniť samostatné Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby.

**Vyhlasujem, že nie som daňovým rezidentom USA**, nie som občanom USA a ani moje miesto narodenia nie je v USA.  Áno  Nie

**Akkoľvek zmeny týkajúce sa vyhlásení poistenej osoby, či údajov uvedených v dodatku poistenej osoby, je poistená osoba v prípade, že dôjde k uzavretiu dodatku poistenej osoby, povinná oznámiť poistiteľovi, a to bez zbytočného odkladu.**

Vyznačte alebo uveďte tie dokumenty, ktoré predkladáte poistiteľovi ako prílohu k tomuto dodatku poistenej osoby:

Počet príloh

Zdravotná dokumentácia

Kópia dokladu totožnosti - poistník

Zdravotný dotazník poistenej osoby

Kópia dokladu totožnosti - poistená osoba

Kópia dokladu totožnosti - zástupca poistenej osoby

Iné

Tento dodatok poistenej osoby dáva poistník a je adresovaný poisťiteľovi. Lehota na prijatie dodatku poistenej osoby zo strany poisťiteľa je dva mesiace odo dňa doručenia dodatku poistenej osoby do sídla poisťiteľa. Dodatok poistenej osoby je platný dňom keď poistník dostane oznámenie o prijatí dodatku poistenej osoby.

Poisťiteľ zašle oznámenie o prijatí dodatku poistenej osoby. Dátum začiatku poistenia je uvedený na potvrdení o uzavretí poistnej zmluvy alebo v potvrdení o uzavretí dodatku poistenej osoby. Bez podpisov poistníka a poistenej osoby nie je možné dodatok poistenej osoby akceptovať.

Svojím podpisom **potvrdzujem**, že všetky údaje v dodatku poistenej osoby sú uvedené pravdivo a úplne.

Dátum

Podpis poistníka



Podpis poistenej osoby



#### SÚHLAS SO SPRACOVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY

Súhlasím s tým, aby poisťiteľ spracúval moje osobné údaje v rozsahu meno, priezvisko, e-mail, telefón/mobil, adresa, pre účely marketingových činností poisťiteľa (najmä na uskutočnenie priamej marketingovej komunikácie ako elektronický newsletter, ponuky produktov poisťiteľa, súťaže pre klientov, ankety spokojnosti), a to počas trvania tohto dodatku poistenej osoby a po dobu jedného roka po jeho skončení. V prípade neuzavretia tohto dodatku poistenej osoby bude

tento súhlas platiť po dobu jedného roka od dátumu podpisu tohto dodatku poistenej osoby. Zároveň som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek odvolať.

Bližšie informácie o ochrane osobných údajov nájdete v dokumente „Informácie pre klienta o ochrane osobných údajov“ alebo na webovom sídle poisťiteľa <https://www.novis.eu/sk/ochrana-osobnych-udajov>.

Áno  Nie

Dátum

Podpis poistenej osoby



#### IDENTIFIKÁCIA POISTNÍKA A POISTENEJ OSOBY

Poistník:	<input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Cest. pas	Číslo dokladu:	Dátum platnosti:	<input type="text"/>
Poistená osoba:	<input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Cest. pas	Číslo dokladu:	Dátum platnosti:	<input type="text"/>
1. zákonný zástupca/ splnomocnená osoba	<input type="radio"/> OP <input type="radio"/> Cest. pas	Číslo dokladu:	Dátum platnosti:	<input type="text"/>

Finančný agent, ktorý tento dodatok pre poistenú osobu prevzal, svojím podpisom potvrdzuje, že osobne identifikoval/a a overil/a identifikáciu poistníka, poistenej osoby a jej zástupcu za ich fyzickej prítomnosti v súlade s § 7 a § 8 zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pre financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov najmä, nie však výlučne, že: a) získal údaje o poistníkovi, poistenej osobe a o jej zástupcovi a uviedol ich v dodatku pre poistenú osobu, b) údaje uvedené v dodatku pre poistenú osobu zodpovedajú údajom uvedeným v doklade totožnosti predloženým poistenou osobou a c) overil súlad podôb poistníka, poistenej osoby a jej zástupcu s ich podobou uvedenou v príslušných dokladoch totožnosti.

Dátum

Podpis finančného agenta



## DEFINÍCIA NIEKTORÝCH ZÁKLADNÝCH POJMOV

**Politicky exponovaná osoba (PEP)** je v zmysle zákona o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov:

- a) fyzická osoba, ktorej je alebo bola zverená významná verejná funkcia, ktorou je hlava štátu, predseda vlády, podpredseda vlády, minister, vedúci ústredného orgánu štátnej správy, štátny tajomník alebo obdobný zástupca ministra, poslanec zákonodarného zboru, sudca najvyššieho súdu, sudca ústavného súdu alebo iných súdnych orgánov vyššieho stupňa, proti rozhodnutiu ktorých sa s výnimkou osobitných prípadov už nemožno odvolať, predseda Súdnej rady Slovenskej republiky, podpredseda Súdnej rady Slovenskej republiky, predseda Špecializovaného trestného súdu, podpredseda Špecializovaného trestného súdu, predseda krajského súdu, podpredseda krajského súdu, predseda okresného súdu alebo podpredseda okresného súdu, člen dvora audítorov alebo rady centrálnej banky, veľvyslanec, chargé d'affaires, vysoko postavený príslušník ozbrojených síl, ozbrojených zborov alebo ozbrojených bezpečnostných zborov, člen riadiaceho orgánu, dozorného orgánu alebo kontrolného orgánu štátneho podniku alebo obchodnej spoločnosti patriacej do vlastníctva štátu, generálny prokurátor, námestník generálneho prokurátora, špeciálny prokurátor, zástupca špeciálneho prokurátora, krajský prokurátor, námestník krajského prokurátora, okresný prokurátor alebo námestník okresného prokurátora, alebo osoba v inej obdobnej funkcii s celoštátnym významom alebo regionálnym významom alebo inej obdobnej funkcii vykonávanej v inštitúciách Európskej únie alebo v medzinárodných organizáciách, člen štatutárneho orgánu politickej strany alebo politického hnutia,
- b) fyzická osoba, ktorou je manžel, manželka alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako manžel alebo manželka osoby uvedenej v písmene a), dieťa, zať, nevesta osoby uvedenej v písmene a) alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako zať alebo nevesta osoby uvedenej v písmene a), alebo rodič osoby uvedenej v písmene a);
- c) fyzická osoba, o ktorej je známe, že je konečným užívateľom výhod rovnakého klienta alebo inak ovláda rovnakého klienta ako osoba uvedená v písmene a) alebo podniká spolu s osobou uvedenou v písmene a), alebo klienta, ktorý bol zriadený v prospech osoby uvedenej v písmene a).

## POISTENÁ OSOBA

Meno	
Priezvisko	Meno PFA
Dátum narodenia	Názov SFA

## 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. Predtým, ako začnete vyplňať tento zdravotný dotazník, prečítajte si inštrukcie k jeho vyplneniu uvedené na poslednej strane.

Povolanie:	Váha:	Výška:
Fajčenie: <input type="radio"/> Áno (počet cigariet/cigár za deň)	<input type="radio"/> Nie (za posledných 12 mesiacov som nefajčil/a)	
Šport: rekreačne	poloprofesionálne	profesionálne

	Áno	Nie
1. Máte uzatvorené životné, úrazové, zdravotné alebo iné poistenie v inej poisťovni? Ak áno, uveďte prosím typ a rozsah zmluvy ako aj názov spoločnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Zamietla, odložila alebo akceptovala s navýšením v posledných 5 rokoch niektorá poisťovňa Vaše životné, úrazové alebo zdravotné poistenie? Mali ste niekedy stanovenú výluku v niektorej časti poistenia? Ak áno, uveďte prosím typ, rozsah zmluvy ako aj názov spoločnosti a dôvod.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ste vystavený/á v práci alebo vo svojom voľnom čase nejakému osobitnému riziku? (napr. nebezpečné a horľavé látky, výkon rizikových športov – parašutizmus, paragliding, súkromné motorové lietadlo, vzdušný klzák, potápanie, horské športy, bojové umenia, motošporty,...). Vykonávate iné športové disciplíny pravidelne alebo sa zúčastňujete súťaží? Plánujete pobyt dlhší ako 6 mesiacov v krajinách mimo Európy? Ak áno, prosíme špecifikujte (v prípade potreby Vám bude zaslaný samostatný dotazník).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Boli ste v posledných 5 rokoch operovaný/á, hospitalizovaný/á alebo liečený/á? Je Vám nejaká operácia, hospitalizácia alebo liečba plánovaná? Ak áno, prosíme špecifikujte kedy a z akého dôvodu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Existujú u Vás chronické ochorenia alebo fyzické/mentálne postihnutie, vrodené chyby, následok chirurgického zákroku, infekcie alebo úrazu? Ak áno, uveďte prosím od kedy, liečbu, komplikácie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Užívate alebo ste v posledných 5 rokoch dlhodobo alebo pravidelne užívali lieky z dôvodu zdravotných problémov, bolestí, ochorení alebo úrazov? V uvedenom rozsahu „dlhodobo“ znamená obdobie viac ako 2 týždňov. Ak áno, uveďte prosím názov, dávkovanie lieku a dĺžka užívania.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bola Vám niekedy odporúčaná alebo ste sa podrobili liečbe v dôsledku užívania alkoholu, liekov alebo inej závislosti (napr. gamblerstvo a iné)? Ak áno, uveďte prosím kedy, ako dlho, dôvod a druh závislosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Boli ste poberateľom, alebo poberáte invalidný dôchodok, je u Vás zahájené konanie alebo uvažovali ste o priznaní invalidného dôchodku, prípadne máte zmenenú pracovnú schopnosť? Ak áno, uveďte prosím dôvod, ako dlho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Boli ste v posledných 5 rokoch práceneschopný/á dlhšie ako 21 dní alebo ste v súčasnej dobe práceneschopný/á? Ak áno, uveďte prosím kedy, ako dlho a dôvod.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ochorenia a choroby uvedené v zátvorkách nie sú konečné a slúžia ako príklady možných chorôb na základe konkrétneho orgánu. Ste alebo boli ste niekedy liečený/á alebo hospitalizovaný/á za posledných 5 rokov pre nižšie uvedené ochorenia, poruchy zdravia alebo ste príznaky týchto ochorení, respektíve porúch zdravia spozorovali?		
a) Srdce, cievny systém alebo krvný obeh (napr. vysoký, kolísavý krvný tlak, poruchy srdcového rytmu, búšenie srdca, srdcový šelest, ischemická choroba srdca, bolesť na prsiach, infarkt myokardu, angina pectoris, kľčové žily, trombózy a iné).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Nervový systém alebo psychika (napr. časté bolesti hlavy, migrény, závraty, záchvatové poruchy, epilepsia, roztrúsená skleróza, ochrnutie, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, duševné poruchy, úzkosť, depresia, psychóza, poruchy príjmu potravy a iné).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Krv, lymfatický systém a slezina (napr. anémia, poruchy zrážanlivosti krvi, hemofília, leukémia, zmeny v krvnom obraze, ochorenia sleziny a iné).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Dýchací systém (napr. dýchavičnosť, embólia, astma, tuberkulóza, senná nádcha, chronický zápal priedušiek a iné).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Oči a uši (napr. rozmazané videnie, zhoršenie zraku, očný zákal, slepota, hučanie v ušiach, strata sluchu, hluchota a iné). Ak nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky uveďte prosím počet dioptrií na každom oku zvlášť.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Pohybový aparát (napr. ochorenia chrčtice, medzistavcových platničiek, kĺbov, svalov, šliach alebo väzov, artróza, skrútenie nohy, absencia končatín. Ortopedické vady obmedzujúce bežné pohyby alebo vyžadujúce trvalé používanie ortopedických pomôcok (napr. invalidný vozík, barle, ortéza, fixátor chrčtice a iné).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Gastrointestinálny trakt: pažerák – napr. refluxná choroba, varixy a iné, žalúdok – napr. vredová choroba, gastritída a iné, črevá – napr. Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, vredové ochorenie a iné.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Obličky, močovo-pohlavný systém alebo prostata (napr. zápaly, kamene, cysty, ochorenia prostaty a iné).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Pečeň, žľazy alebo metabolizmus (napr. cukrovka, zvýšený cholesterol, zvýšené pečeňové testy, DNA, štítina žľaza alebo iné ochorenia žliaz s vnútornou sekréciou) alebo reumatoidné ochorenia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |   | Áno                   | Nie                   |
|---|-----------------------|-----------------------|
| j) Imunitný systém, chronické infekčné alebo vírusové ochorenia (napr. vrodená porucha imunity, hepatitída, tropické choroby, horúčky neznámej príčiny a iné).  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) Koža (napr. ekzém, svrbenie, začervenenie, alergia a iné).   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l) Gynekologické ochorenia alebo ochorenia prsníkov (napr. cysty, myómy, adenómy, polypy, displázie, poruchy menštruačného cyklu, liečba neplodnosti, cisársky rez, riziková gravidita, mimomaternicové tehotenstvo a iné).                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Máte alebo mali ste onkologické či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné aj nezhubné, cysty, myómy a iné)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Podrobili ste sa rádioterapii, chemoterapii alebo Vám boli zistené nenormálne výsledky špecializovaných vyšetrení (napr. CT, MRI, RTG, USG, EKG, EEG, meranie krvného tlaku, laboratórne testy a iné)? Ak áno, uveďte prosím podrobnosti. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Bolo Vám vykonané alebo prebieha vyšetrenie na zistenie HIV/AIDS? Ak áno, uveďte prosím dôvod, od kedy, výsledok, prípadne liečbu.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Ak ste na akúkoľvek otázku odpovedali „Áno“, uveďte ku každej nasledujúcej detailné informácie:**

Druh ochorenia, zmien, ťažkostí	Kedy? Ako dlho?	Meno a adresa lekára/nemocnice
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Svojím podpisom potvrdzujem, že všetky údaje v tomto zdravotnom dotazníku k dodatku pre poistenú osobu s vyššie uvedeným číslom sú uvedené pravdivo a úplne.

Dátum \_\_\_\_\_

Podpis poistníka \_\_\_\_\_



Podpis poistenej osoby \_\_\_\_\_



# Inštrukcie k vyplneniu dotazníka

**Vážený klient,**

než začnete vyplňať tento dotazník, prečítajte si prosím nasledujúce otázky a odpovede, na ktoré sa často pýtajú naši klienti. Akonáhle začnete vyplňať dotazník, budete požiadaní o podrobnosti, ktoré je potrebné podrobne špecifikovať. Tieto otázky sa Vás pýtame preto, aby sme Vám mohli poskytnúť riadne poistné krytie, a aby sme sa vyvarovali neistote v prípade poistnej udalosti. Je veľmi dôležité, aby ste odpovedali na všetky otázky, pretože dotazník s chýbajúcimi odpoveďami nemôžeme spracovať.

## **Keď sa pýtame na Vaše povolanie - čo tým myslíme?**

Špecifikácia povolania je pre nás dôležitá, pretože niektoré povolania sú nebezpečné alebo nesú potenciálne riziká. Niektoré vysoko rizikové povolania sú nasledovné:

- Vodiči - potrebujeme vedieť, aký druh vozidla riadite, aký druh nákladu veziete, aký veľký náklad - jedná sa o ťažké nákladné vozidlá? Je náklad nebezpečným/horľavým materiálom, alebo je prepravovaný ako nebezpečný?
- Baníci alebo pracovníci na lešení - musíme vedieť, či pracujete v bani, alebo na povrchu. Určité hĺbky/výšky majú vyššie riziko úrazu alebo nehody, preto prosím špecifikujte, v akej obvyklej výške/hĺbke pracujete (menej ako 6 metrov alebo viac).
- Stavební pracovníci - uveďte opis svojej práce a typ obrábacích strojov, ak ich používate.

## **Keď sa pýtame na športové aktivity - čo potrebujeme vedieť?**

### **O aký šport sa jedná a ako často ho praktizujete?**

Posúdkame 3 rôzne kategórie športových aktivít, kde môžete sami posúdiť, do ktorej z kategórií patríte.

- Rekreačné športy: je to jednoduchá športová činnosť, ktorú robíte pre zábavu alebo zo záľuby, aby ste sa cítili lepšie, zdravšie a uvoľnenejšie.
- Poloprofesionálna: ste zapísaný v športovom klube, zúčastňujete sa súťaží a získavate finančnú odmenu, ale nie je to vaše zamestnanie na plný úväzok.
- Profesionálne: ste zapísaný v športovom klube, zúčastňujete sa súťaží a získavate finančnú odmenu. Je to aj vaše zamestnanie na plný úväzok.

Rizikové športy: v lekárskej časti je otázka ohľadom rizikových športov a tu potrebujeme informácie či sú tieto športy súčasťou pravidelnej fyzickej aktivity alebo iba hobby: parašutizmus, paragliding, súkromné motorové lietadlo, vzdušný klzák, potápanie, horské športy, bojové umenia, moto-športy...

## **Otázky o zdravotnom stave**

Otázka č. 10 obsahuje mnoho podotázok a je nutné, aby ste na všetky odpovedali. Ak odpoviete Áno na niektorú z nich, potrebujeme, aby ste nám poskytli informácie o type ochorenia alebo choroby, dobe trvania a podrobnosti o vašom lekárovi.

Otázka 10-i sa pýta na gynekologické problémy a tiež na problémy prsného tkaniva. Možno si nie ste vedomý ale aj muži sa môžu stať obeťou rakoviny prsníka, prosíme teda odpovedzte aj na túto otázku. V otázke 11 je rakovina uvedená tiež.

## **Som tehotná, čo by som mala spomenúť?**

Musíme poznať len údaje o tehotenstve, ak je/bolo diagnostikované ako rizikové tehotenstvo alebo mimomaternicové tehotenstvo. Ak ste inak zdravá matka, nepotrebujeme ďalšie podrobnosti.