



BROKERIA
the best way for you

Best Protection

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

POISTNÍK/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 poistenia ako aj názov spoločnosti.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Zamietla 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, let súkromným motorovým lietadlom alebo vzdušným klzákom, potápanie, horské športy, bojové umenia, motošporty a iné). 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 postihnutia, 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 dĺžku 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. gamblersvo 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, angína pectoris, kŕčové 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, štítna 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. vrodenná 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
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Iné informácie týkajúce sa otázok:

Svojím podpisom potvrdzujem, že všetky údaje v tomto zdravotnom dotazníku k Návrhu na uzavretie poistnej zmluvy alebo k Dodatku pre poistenú osobu s vyššie uvedeným číslom sú uvedené pravdivo a úplne.

Dátum _____ Podpis poistníka/ poistenej osoby _____

Inštrukcie k vyplneniu dotazníka

Vážená klientka, vážený klient,

než začnete vyplňať tento dotazník, prečítajte si prosím nasledujúce otázky a odpovede, na ktoré sa často pýtajú naši klienti. Pri vyplňaní dotazníka budete požiadaní o informácie, 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.

Ked' 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.

Ked' sa pýtame na športové aktivity - čo potrebujeme vedieť?

O aký šport sa jedná a ako často ho praktizujete?

Ponúkame 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.
- Poloprofesionálne športy: ste zapísaný v športovom klube, zúčastňujete sa súťaží a získavate finančnú odmenu, ale nie je to vaše zamestnanie na plný úväzok.
- Profesionálne športy: 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, let súkromným motorovým lietadlom alebo vzdušným klzákom, potápanie, horské športy, bojové umenia, moto-športy a iné.

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 č. 10 I) sa pýta na gynekologické problémy a tiež na problémy prsného tkaniva. Možno si nie ste vedomý, ale aj muži môžu trpieť ochorením prsníka, prosíme aj mužov o zodpovedanie tejto otázky.

Som tehotná, čo by som mala spomenúť?

Pri otázke č. 10 I) potrebujeme poznať len údaje o tehotenstve, ktoré je/bolo diagnostikované ako rizikové tehotenstvo alebo mimomaternicové tehotenstvo. Ak ste inak zdravá matka, nepotrebujeme ďalšie podrobnosti.