

Zdravotní dotazník a prohlášení – příloha pojistné smlouvy

Příloha k pojistné smlouvě sjednané dle příslušných zákonných ustanovení (dále jen „zákon“) mezi společností NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČ: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“) jako pojistitelem na straně jedné a pojistníkem na straně druhé.

Pojštěný	Titul	Jméno	Příjmení			Titul (za jm.)	Rodné příjmení (nepovinný údaj)		
	Rodné číslo	Datum narození		Místo narození (i stát, není-li v ČR)			Státní příslušnost	Pojištěný je <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	
	Trvalé bydliště – Ulice	Č. popisné	Č. orientační	Obec			PSČ		
	Pracovní činnost (zaměstnání, podnikání apod.)			Obor			RS ¹⁾	Výsledná RS ¹⁾	Výška cm
	Sportovní a volnočasová činnost			Provozována jako <input type="checkbox"/> rekreační <input type="checkbox"/> registrovaná <input type="checkbox"/> profesionální			RS ¹⁾	Přirážka	Váha %

Poznámka: Povinné údaje, které je nezbytné vyplnit v části Pojištěný, jsou vyznačeny tučně.

¹⁾ Riziková skupina (jinde jen RS) se stanovuje zvlášť pro pracovní činnost a zvlášť pro sportovní/volnočasovou činnost. Výsledná RS se určí jako vyšší (rizikovější) z obou. Případná přirážka se týká pouze úrazových připojištění s výjimkou skupiny připojištění „na cesty“.

Vyplňte příslušný Zdravotní dotazník v závislosti na věku pojištěného (od 15 let/dítě do 14 let) identifikovaného výše.

Zdravotní dotazník a dotazy pro posouzení pojistného rizika – pro pojištěného od 15 let věku

Upozornění: Dovolujeme si upozornit, že je nezbytné odpovídat úplně a pravdivě; v opačném případě máme právo snížit či odmítnout výplatu pojistného plnění nebo odstoupit od pojistné smlouvy. Pokud na kteroukoli otázku níže odpovíte „ANO“, pak je nutné vyplnit všechny otázky 1 až 9 a uvést doplňující údaje na další straně.

Základní otázka	ZÁKLADNÍ ČÁST – VYPLŇUJE SE VŽDY Splňujete některou z následujících podmínek? – Máte přiznanou invaliditu jakéhokoli stupně nebo jste o ni podal/-a žádost. – Jste držitelem průkazu ZTP, resp. ZTP/P. – Jste v pracovní neschopnosti či práce neschopný/-á. – Očekáváte výsledky jakéhokoli lékařského vyšetření a/nebo jste objednan/-a na operační zákrok (netýká se kosmetických zákroků).		<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE V případě odpovědi ANO odpovězte prosím na otázky 1 až 9.	Pojistné krytí, při kterém stačí vyplnit pouze odpověď na tuto základní otázku (není-li odpověď kladná): Smrt – oba tarify v součtu do 100 000 Kč Smrt následkem úrazu do 1 000 000 Kč Trvalé následky úrazu – všechny tarify v součtu do 600 000 Kč Denní odškodné úrazu od 3 dnů do 300 Kč Hospitalizace do 300 Kč
	Pouze světle šedou část dotazníku (otázky 1–4) stačí vyplnit: – v případě, že pojistná částka pro každé jednotlivé riziko (např. smrt, invalidita) nepřesahuje v součtu 1 000 000 Kč, – v případě, že pojistné částky s denním plněním nepřesáhly 1 000 Kč/den, – v případě, že na žádnou z otázek není odpověď „ANO“.		Celý zdravotní dotazník (včetně otázek 5–9) je třeba vyplnit: – v případě pojistných částek vyšších než vlevo uvedených, – v případě odpovědi „ANO“ na jakoukoli otázku, – v případě sjednání připojištění dlouhodobé péče.	
Informace	Máte nebo měl/-a jste takové zdravotní obtíže (viz níže písm. a až k), které si v posledních 10 letech vyžádaly návštěvu lékaře nebo odbornou pomoc?	a) Svalová nebo kosterní soustava – pohybový aparát	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		b) Dýchací soustava (např. astma, chronická bronchitida, chronické onemocnění horních cest dýchacích)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		c) Duševní porucha (např. deprese, úzkost, nerv. zhroucení, únavový syndrom, porucha příjmu potravy, pokus o sebevraždu aj.) nebo porucha chování včetně závislostí (např. alkohol, drogy, hazard)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		d) Zrak nebo sluch. Do počtu 8 dioptrií na jedno oko není nutné uvádět.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		e) Zažívací ústrojí (např. onemocnění jícnu, hrtanu, žaludku, jater, střev, konečníku, žlučníku, slinivky)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		f) Nádorové (in situ / zhoubné / nezhojbné) onemocnění	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		g) Nervová soustava včetně jakéhokoli onemocnění míchy a mozku	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		h) Oběhová soustava – onemocnění srdce, cév, žil (včetně vysokého krevního tlaku)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		i) Kůže (vč. bulek, vyrážek a útvarů měnících barvu či velikost)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		j) Močová nebo pohlavní soustava (včetně ledvin)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
1.	Není nutné uvádět akutní záněty, virózy, chřipkovou onemocnění, u nichž doba léčeni nepřekročila 21 dní, ani potravinové intolerance či alergie bez nutnosti dlouhodobého léčeni či pracovní neschopnosti.	k) Endokrinnologické, imunologické, hematologické či jakékoli jiné onemocnění nebo jiné zdravotní obtíže. Může se jednat například o onemocnění krve a krevetvorby, diabetes (cukrovka), poruchy štítné žlázy, poruchy imunity, atd...	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		2. Trpíte nebo trpěl/-a jste zdravotními obtížemi, kvůli kterým jste byl/-a v uplynulých 12 měsících sledován/-a nebo objednan/-a do zdravotnického zařízení nebo vyšetřován/-a za účelem zjištění jejich příčiny – a to bez ohledu na to, zda byla stanovena diagnóza nebo vystavena pracovní neschopnost (jakékoli odběry, sono, magnetická rezonance, vyšetření CT, RTG, EEG, EKG, test HIV, kolonoskopie, endoskopie, lumbální punkce apod.)?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		3. Utrpěl/-a jste v posledních 5 letech úraz, s nímž jste se léčil/-a nebo byl/-a operován/-a nebo který zanechal trvalé následky? Není nutné uvádět nekomplikované zlomeniny - neoperované a bez zanechání trvalých následků - u nichž doba léčeni nepřekročila 10 týdnů včetně rehabilitace. Je nutné uvádět jakékoliv úrazy kloubů, šlach, vazů a svalová poranění.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		4. Byl/-a jste v posledních 5 letech v pracovní neschopnosti či práce neschopný/-á déle než 28 kalendářních dnů nebo jste byl/-a kdykoli v minulosti invalidní v jakémkoli stupni?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		5. Užíváte nějaké léky nebo jste nějaké léky v uplynulých 12 měsících déle než 2 týdny užíval/-a?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		6. Odmítla s Vámi některá pojišťovna uzavřít nebo vypověděla Vám v posledních 5 letech životní nebo úrazové pojištění, příp. odstoupila od takové smlouvy? Pokud ANO, uveďte prosím název pojišťovny/-en a důvod ukončení či odmítnutí.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		7. Kouříte (včetně elektronických cigaret)? Pokud ANO, co (uveďte typ) a kolik denně.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		8. Jste nebo byl/-a jste v posledních 10 letech hospitalizován/-a nebo operován/-a? (Týká se i hospitalizace za účelem vyšetření.) V případě, že ANO, uveďte prosím kdy a důvod pobytu ve zdravotnickém zařízení.	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		9. Trpíte nějakou vrozenou vadou nebo deformitou části těla nebo vám byla část těla amputována?	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

Zdravotní dotazník a dotazy pro posouzení pojistného rizika – pro pojištěné dítě do 14 let věku

Nezapomeňte prosím vyplnit údaje na první straně formuláře - identifikace, sportovní a volnočasová činnost, výška a váha pojištěného dítěte.

Zdravotní dotazník (otázky 1 až 6) je třeba vyplnit v případě sjednání následujících přípojištění: ošetřování dítěte (JOSE-P1R), závažných onemocnění dětí (JZON-P1R), invalidity dítěte (JINV-P1R).

Upozornění: Dovolujeme si upozornit, že je nezbytné odpovídat úplně a pravdivě; v opačném případě máme právo snížit či odmítnout výplatu pojistného plnění nebo odstoupit od pojistné smlouvy.

1.	<p>Má nebo mělo dítě v době od narození do dnešního dne zdravotní obtíže (viz níže písm. a až k), které si vyžádaly návštěvu lékaře nebo odbornou pomoc?</p> <p><i>Není nutné uvádět akutní záněty, virózy, chřipková onemocnění, u nichž doba léčeni nepřekročila 21 dní, ani potravinové intolerance či alergie bez nutnosti dlouhodobého léčení.</i></p>	a) Onemocnění svalové nebo kosterní soustavy, včetně úrazů <i>Není nutné uvádět nekomplikované zlomeniny - neoperované a bez zanechání trvalých následků - u nichž doba léčeni nepřekročila 6 týdnů včetně rehabilitace. Je nutné uvádět jakékoliv úrazy kloubů, šlach, vazů a svalová poranění.</i>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		b) Astma, chronická bronchitida nebo jiná chronická onemocnění plic a dýchací soustavy	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		c) Mentální retardace, autismus, syndrom ADHD léčený léky nebo psychoterapií, vážná porucha příjmu potravy (např. anorexie) nebo jiná duševní porucha nebo porucha chování včetně jakékoliv závislosti	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		d) Poruchy nebo onemocnění zraku nebo sluchu <i>Krátkozrakost či dalekozrakost do počtu dioptrií na jedno oko < 8 není nutné uvádět.</i>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		e) Chronická nebo opakující se onemocnění zažívací ústrojí (např. onemocnění jícnu, hrtnanu, žaludku, jater, střev, konečníku, žlučníku, slinivky)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		f) Rakovina, in situ nebo zhoubný nádor, leukémie, Hodgkinův či non-Hodgkinův lymfom nebo jiný nezhoubný nádor	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		g) Epilepsie, meningitida, encefalitida, trvalé poškození mozku, krvácení do mozku, kóma, ochrnutí nebo jiná onemocnění nervové soustavy (míchy, mozku)	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		h) Revmatická horečka, revmatoidní artritida, nepravidelná srdeční činnost či jiná onemocnění oběhové soustavy – onemocnění srdce, cév, žil	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		i) Psoriáza, atopický ekzem, chronické vyrážky, bulky, výrůstky a útvary měnící velikost či barvu nebo jiná onemocnění kůže	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		j) Onemocnění ledvin, močového a pohlavního ústrojí vč. zvýšených hodnot či nálezů v krvi a moči	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
		k) Cukrovka, porucha štítné žlázy, onemocnění krve a krevetvorby, poruchy imunity nebo jiná endokrinní, imunologická, hematologická onemocnění	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
2.	<p>Trpí nebo trpělo dítě zdravotními obtížemi, kvůli kterým bylo v uplynulých 12 měsících sledováno nebo objednáno do zdravotnického zařízení nebo vyšetřováno za účelem zjištění jejich příčiny – a to bez ohledu na to, zda byla stanovena diagnóza (jakékoli odběry, sono, magnetická rezonance, vyšetření CT, RTG, EEG, EKG, lumbální punkce apod.)?</p>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
3.	<p>Užívá dítě nějaké léky nebo užívalo je v uplynulých 12 měsících déle než 2 týdny?</p>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
4.	<p>Trpí dítě nějakou vrozenou vadou nebo deformitou části těla, včetně rozštěpu patra nebo páteře, vadou kyčlí, vadou srdce, Downovým syndromem apod., nebo získanou vadou např. po úrazu nebo nemoci?</p>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
5.	<p>Trpělo dítě v prenatálním věku nebo po narození nějakými komplikacemi jako je předčasné narození (před 38. týdnem), poškození mozku, mozková obrna, vážné dýchací potíže, krvácení, apod.?</p>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
6.	<p>Jsou u dítěte očekávána jakákoliv vyšetření, výsledky testů nebo operace?</p>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	

Doplnující údaje

V případě kladné odpovědi na některou z otázek uveďte prosím podrobnosti (zejm. diagnózu, zda proběhla operace – kdy, doba léčeni, pracovní neschopnost – jak dlouhá, jaké léky berete, jak často; u úrazu také jaké části se týkal a zda nechal trvalé následky). Uveďte vždy číslo příslušné otázky.

Kontakt na lékaře

Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho **praktického lékaře**, případně také příslušného **odborného lékaře**.

Prohlášení a souhlas

Prohlášení – zdravotní stav a dokumentace: Pojištěné osoby, resp. jejich zákonní zástupci, svým podpisem na tomto formuláři udělují souhlas, aby pojišťovna a jí určená zdravotnická zařízení kdykoli dle svého uvážení zjišťovali a přezkoumávali jejich zdravotní stav nebo zjišťovali příčiny jejich smrti např. u policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Pojištěný zplnomocňuje všechny lékaře a zdravotnická zařízení, u kterých byl, je nebo bude léčen či ošetřen, a ostatní pojišťovny, u kterých byl veden jako pojištěný, k poskytování úplných informací o jeho zdravotním stavu v případě, že o ně pojišťovna požádá. Pojištěný rovněž zplnomocňuje státní orgány k poskytování údajů týkajících se jeho osoby v případě, že o ně pojišťovna v souvislosti s pojistnou smlouvou požádá. Pojištěné osoby tímto berou na vědomí, že zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením, kterým se v takovém případě zavazuje podrobit u zdravotnického zařízení určeného pojišťovnou. Ve smyslu ustanovení § 51 a násl., zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, pojištěný zprostředkuje mlčenlivosti ošetřující nebo pojišťovnou pověřené lékaře a zdravotnická zařízení a souhlasí, aby sdělili pojišťovně jí požadované údaje o zdravotním stavu pojištěného a umožnili jí nahlédnout do zdravotní dokumentace, pořídit si z ní výpisy i kopie. Tento souhlas uděluje v plném rozsahu za účelem uzavření pojistné smlouvy, provedení změn v pojistné smlouvě, vyřizování pojistných událostí během života pojištěného i po jeho smrti a plnění závazků vyplývajících z pojistné smlouvy včetně dalších úkonů s ní souvisejících. Tímto uděluje pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, ve smyslu § 43 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, souhlas se zpřístupněním údajů z osobního účtu pojištěného vedeného zdravotní pojišťovnou, u které byl v posledních 12 měsících pojištěn, a sice ošetřujícímu lékaři a pověřenému lékaři pojišťovny. Pojištěný, resp. zákonný zástupce, souhlasí s tím, že údaje mohou být zpřístupněny i po smrti pojištěného.

Souhlas se zpracováním osobních údajů: Pojištěné osoby, resp. jejich zákonní zástupci výslovně souhlasí se zpracováním zvláštních kategorií osobních údajů, zejména údajů o svém zdravotním stavu, přičemž tyto údaje jsou zpracovávány za účelem: vytvoření nabídky pojištění, modelace pojištění, uzavření pojistné smlouvy. Zjišťování a vyhodnocování údajů o zdravotním stavu je nezbytné pro poskytnutí služby. Údaje o zdravotním stavu pojištěného potřebuje pro stanovení pojistného rizika a výše pojistného. Bez souhlasu se zpracováním zvláštních kategorií osobních údajů nelze pojištění nabízet ani pojistnou smlouvu uzavřít. Upozorňujeme, že tento souhlas je udělován pro výše uvedené účely do doby uzavření pojistné smlouvy. Poté pojišťovna zpracovává osobní údaje z jiného právního důvodu. Vyjádřením tohoto souhlasu pojištěný potvrzuje, že porozuměl účelu zpracování jeho osobních údajů. Ucelená informace o zpracování osobních údajů pojišťovnou je umístěná na webových stránkách pojišťovny a na portále www.mojejn.cz. Pojišťovna proto doporučuje se seznámit se Zásadami zpracování osobních údajů pojišťovny, které jsou na tomto odkazu umístěny. Pokud k uzavření pojistné smlouvy nedojde, budou veškeré poskytnuté osobní údaje smazány. Pojištěný je oprávněn souhlas se zpracováním osobních údajů písemně odvolat do okamžiku uzavření pojistné smlouvy, a to na výše uvedené adrese pojišťovny. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

Datum a podpis

Jméno, příjmení, datum narození

Datum podpisu

Podpis pojištěného
(nutný i u nezletilého pojištěného, je-li mu 15 či více let)

Jméno, příjmení, datum narození

Podpis zákonného zástupce pojištěného
(jen je-li pojištěný nezletilý)