

Zájemce o pojištění:

Příjmení a jméno	
Rodné číslo	
Státní občanství	
Adresa	
Telefon	
Zaměstnání	
Výše úvěru	Kč
Doba splácení úvěru	(v letech)
Jméno, adresa a telefon ošetřujícího lékaře	

Bankéř UniCredit Bank:

Příjmení a jméno	
Telefon	
E-mail bankéře, na který bude zaslán výsledek zdravotního ocenění	

Vyberte balíček pojištění, o který jste projevil(a) zájem na přihlášce do pojištění:

- ☐ Balíček pojištění BASIC RP *pojištění smrti a invalidity třetího stupně / přiznání průkazu ZTP/P*
- ☐ Balíček pojištění STANDARD RP *pojištění smrti, invalidity třetího stupně / přiznání průkazu ZTP/P a pracovní neschopnosti*
- ☐ Balíček pojištění FULL RP *pojištění smrti, invalidity třetího stupně / přiznání průkazu ZTP/P, pracovní neschopnosti, závažných onemocnění a ztráty zaměstnání*

Souhlasíte s tím, aby Pojišťovna zpracovávala osobní údaje o Vašem zdravotním stavu?

☐ ANO ☐ NE

Na základě tohoto souhlasu bude Generali Česká pojišťovna a.s., IČO 452 72 956 (dále jen „Pojišťovna“) jako správce osobních údajů zpracovávat údaje o Vašem zdravotním stavu, je-li to nezbytné pro posouzení pojistného rizika a sjednání pojištění.

Váš souhlas je dobrovolný, můžete jej odvolat, ale v takovém případě s Vámi nemůžeme pojištění sjednat. Podrobnosti týkající se zpracování osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje a dále na telefonním čísle +420 542 595 933 nebo na e-mailu zdravi@generaliceska.cz.

Prohlášení zájemce o pojištění

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy Pojišťovny uvedené v tomto Zdravotním dotazníku jsou pravdivé a úplné a v odpovědích jsem nezatajil(a) nic podstatného. Pokud nejsou odpovědi psány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil(a) a že jsou pravdivé. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může Pojišťovna odmítnout plnění, případně dle ustanovení § 2800 občanského zákoníku pojistné plnění přiměřeně snížit. Souhlasím s tím, aby Pojišťovna zjišťovala a přezkoumávala můj zdravotní stav nebo příčinu smrti u lékařů, zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, záchranné služby a zařízení poskytujících zdravotní péči (dále společně jen „lékaři“), u kterých jsem se dosud léčil(a), event. se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem sjednání pojištění a dále pro šetření pojistných událostí, a to i v době po mé smrti. Zmocňuji Pojišťovnu k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě (a pořizování výpisů či opisů z ní) a zprošťuji pro tyto účely lékaře, orgány sociálního zabezpečení a orgány činné v trestním řízení mlčenlivosti o mém zdravotním stavu. Zmocňuji Pojišťovnu, resp. jí pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění. Zavazuji se bez zbytečného odkladu zajistit na výzvu Pojišťovny veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními.

Dále beru na vědomí, že Pojišťovna nevyplácí pojistné plnění, pokud ke škodné události dojde v důsledku onemocnění nebo úrazu vzniklých **před počátkem pojištění**, včetně jejich následků a komplikací, a to bez ohledu na to, zda jsem toto onemocnění nebo úraz uvedl(a) ve Zdravotním dotazníku.

Datum:	
Podpis zájemce o pojištění	

V případě kladné odpovědi, uveďte: nemoc – její počátek, délku trvání a ukončení; úraz – jeho datum a léčbu; hodnoty krevního tlaku, počet dioptrií, apod.

Jako zájemce o pojištění (pojištěný) jste povinen(na) uvést všechny údaje úplně a pravdivě, a to i taková onemocnění, která se Vám jeví jako nepodstatná, neboť všechny odpovědi mají význam pro rozhodnutí Pojišťovny, jak bude ohodnoceno pojistné riziko a zda Vás pojistí. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojištění nebo na plnění Pojišťovny v případě pojistné události.

V konkrétním případě si Pojišťovna může dále vyžádat výpis ze zdravotnické dokumentace od Vašeho ošetřujícího lékaře, resp. lékařskou prohlídku u jí určeného lékaře. Na základě získaných odpovědí, popř. lékařských zpráv Pojišťovna rozhodne o Vašem přijetí do pojištění.

	NE	ANO		
1.	☐	☐	Jste v současné době v pracovní neschopnosti?	
2.	☐	☐	Jste v současné době léčen(a) či vyšetřován(a) pro nemoc nebo úraz?	
3.	☐	☐	Vyžadovala Vaše nemoc či úraz v posledních 10 letech pobyt nebo léčení v nemocnici nebo jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?	
4.	☐	☐	Byl(a) jste v posledních 10 letech operován(a) pro nemoc či úraz nebo je operace v současné době plánována nebo doporučena?	
5.	☐	☐	Utrpěl(a) jste úraz v posledních 10 letech s dobou léčení delší než 4 týdny?	
6.	☐	☐	Utrpěl(a) jste úraz, který zanechal trvalé následky?	
7.	☐	☐	Uveďte, zda jste nebo jste byl(a) v průběhu svého života sledován(a) nebo léčen(a) pro nemoci či úrazy:	
a)	☐	☐	páteře, kostí, kloubů, svalů a kůže (např. bolesti páteře, revmatismus, dna, ortopedické vady, lupénka, atopický ekzém)	
b)	☐	☐	očí, uší (např. slepota, hluchota)	
c)	☐	☐	srdce a cév (např. vysoký nebo kolísavý krevní tlak, poruchy srdečního rytmu, srdeční infarkt, mrtvice, embolie, trombóza, srdeční vady, zánět žil, křečové žíly, bérčový vřed)	
d)	☐	☐	plic a dýchacích cest (např. astma, tuberkulóza, chronický zánět průdušek)	
e)	☐	☐	jícnu, žaludku, střev, konečníku, jater, žlučníku, slinivky, sleziny	
f)	☐	☐	ledvin, močových cest, prostaty, prsu, dělohy, vaječníků, vejcovodů	
g)	☐	☐	štítné žlázy a metabolismu (např. cukrovka, zvýšený cholesterol)	
h)	☐	☐	krve a mízních uzlin, imunity (např. anémie, únavový syndrom)	
i)	☐	☐	nervové (např. roztroušená skleróza, epilepsie, migréna, bolesti hlavy), duševní (i poruchy chování)	
j)	☐	☐	rakovinu a jiné nádory (i nezhoubné, např. cysty, myomy)	
k)	☐	☐	infekční (mimo angíny, chřipky a virózy), tropické, pohlavní, HIV pozitivita, vrozené vady	
l)	☐	☐	jiné, zde neuvedené nemoci či úrazy (mimo angíny, chřipky, virózy apod.)	
8.	☐	☐	Trpíte zdravotními obtížemi, pro které nejste sledován(a) ani léčen(a)?	
9.	☐	☐	Byl(a) jste v posledních 3 letech tři nebo více týdnů nepřetržitě léčen(a) nebo v pracovní neschopnosti?	
10.	☐	☐	Užíváte nebo jste pravidelně užíval(a) léky v posledních 3 letech?	
11.	☐	☐	Byl Vám přiznán částečný nebo plný invalidní důchod, invalidita prvního, druhého nebo třetího stupně, nárok na průkaz ZTP/P nebo řízení o přiznání invalidity či nároku na průkaz probíhá?	
12.	☐	☐	Léčil(a) jste se nebo Vám léčba byla doporučena v souvislosti s návykem na alkohol, drogy, hráčství v průběhu Vašeho života?	
13.	☐	☐	Jste kuřák?	denně ks
14.			Uveďte, prosím, Vaši váhu a výšku	váha: kg; výška: cm

Poznámky¹:

Datum:

Jméno a příjmení zájemce o pojištění:

Podpis zájemce o pojištění:

¹Pokud nedostačuje prostor, pokračujte na volný list papíru označený rodným číslem a podpisem zájemce o pojištění.