



Číslo nabídky / pojistné smlouvy



096

## Dotazník na zdravotní stav pojištěného

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Praktický lékař (Jméno, příjmení, adresa):			
Jsem si vědom(a) toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojistitele, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojistitel od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.			
Výška (cm)	Váha (kg)		
Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Kouřením rozumíme užívání tabáku nebo elektronických cigaret.		Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,6 l vína nebo 0,08 l lihovin častěji než 4x týdně?		Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky?		Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
Na všechny následující otázky odpovídejte „ano nebo ne“. Odpovíte-li „ano“, je nutné zodpovědět každou podotázku a přiložit odpovídající lékařskou zprávu. Při nedostatku místa přiložte doplňující informace na volném listu A4.			
1. Jste nebo byl/a jste vyšetřován/a nebo léčen/a u lékaře pro:			
a) Rakovinu, cystu, lymfom, leukémii nebo znaménka, bulky nebo výrůstky jakéhokoli druhu?		Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
Podstoupil(a) jste z důvodu onkologického onemocnění operaci nebo chemoterapeutickou léčbu nebo léčbu ozářením?		Jakou léčbu a kdy byla ukončena?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
b) Pozitivní test na hepatitidu B, hepatitidu C nebo HIV?		Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
c) Infarkt, onemocnění srdce, anginu pectoris/bolest na hrudi, bušení srdce, vrozenou vadu srdce nebo operaci srdce?		Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
d) Cévní mozkovou příhodu (mrtvice), malou mrtvici (tranzitorní ischemickou ataku TIA), epilepsii, Alzheimerovu nemoc, roztroušenou sklerózu nebo jiná neurologická onemocnění?		Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
e) Úzkost, deprese, autismus, Downův syndrom nebo jakoukoli duševní chorobu?		Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
f) Nemoci krve, chudokrevnost, porucha srážlivosti krve nebo hemofilii?		Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
g) Cukrovku nebo cukr v moči?		Jak dlouho, který typ a způsob léčby? Přiložte lékařskou zprávu z diabetologie.	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
2. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech vyšetřován/a, sledován/a nebo léčen/a lékařem pro níže uvedené zdravotní potíže?			
a) Vysoký krevní tlak nebo cholesterol?		Uveďte diagnózu, jak dlouho, pracovní neschopnost, způsob léčby?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
		Aktuální hodnota krevního tlaku: /	
		Cholesterol - laboratorní hodnota: datum měření:	
b) Astma, bronchitidu, chronickou obstrukční plicní nemoc, plicní fibrózu nebo jiné respirační onemocnění?		Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?	
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano			
		Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano	

Rodné číslo	
<p>c) <b>Onemocnění nebo vrozené vady jícnu, žaludku, nebo střev, Crohnovu chorobu, ulcerózní kolitidu nebo jakékoli onemocnění nebo poruchy jater, žlučníku nebo slinivky břišní (pankreas)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p> <p>Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano</p>
<p>d) <b>Onemocnění ledvin nebo močového měchýře, vrozené vady ledvin, močového měchýře nebo močových cest?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p> <p>Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano</p>
<p>e) <b>Pro ženy: Nález na mamografu, bulku v prsu, pozitivní nález ve stěru z děložního čípku nebo jiné gynekologické potíže?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p>
<p>f) <b>Pro muže: Onemocnění prostaty?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p>
<p>g) <b>Infekční nemoci, hepatitidu typu A (žloutenka), mononukleózu, boreliózu (lymeskou nemoc), encefalitidu, meningitidu nebo jiné infekční nebo zánětlivé onemocnění?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p>
<p>h) <b>Bolesti zad nebo šíje, onemocnění páteře, Bechtěrevovu nemoc (ankylozující spondylitidu), dna, artritidu, artrózu nebo jakoukoli poruchu kloubů nebo pohybového aparátu (včetně vrozených vad)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p> <p>Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano</p>
<p>i) <b>Onemocnění štítné žlázy?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p> <p>Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano</p>
<p>j) <b>Lupénku, ekzém, nebo jiné onemocnění kůže?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p> <p>Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano</p>
<p>k) <b>Onemocnění očí a/nebo uší (krátkozrakost nebo dalekozrakost víc jak 10 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu jako například snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Uveďte diagnózu, kdy, jak dlouho, hospitalizace, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké?</p> <p>.....</p> <p>Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano</p> <p>Dioptrie - současný stav (vpravo x vlevo):</p>
<p>3.a) <b>Jste v současné době ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Od kdy, jak dlouho a pro jakou diagnózu?</p>
<p>3.b) <b>Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lůžkách či léčebně na doporučení lékaře?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Od kdy, jak dlouho a pro jakou diagnózu?</p>
<p>3.c) <b>Trpíte v současné době obtížemi, pro které máte v úmyslu vyhledat lékaře?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Od kdy a jakými?</p>
<p><b>Probíhá u vás vyšetřování nebo testy nebo čekáte na výsledky provedených vyšetření?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Jaké a kdy bylo provedeno? Po obdržení nám zašlete lékařskou zprávu s výsledky podstoupeného vyšetření.</p>
<p><b>Čekáte na zahájení jakékoli formy léčby nebo operaci?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Kdy a pro jakou diagnózu?</p>
<p>4. <b>Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně a/nebo Vám byla uznána snížená soběstačnost? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého a/nebo měla/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Důvod, stupeň, od kdy?</p>
<p>5. <b>Měl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? Např. poškození kloubů, omezení hybnosti, ochrnutí, ztráta končetin nebo orgánů, pakloub, ztráta zraku nebo sluchu apod.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>Kdy, jaká část těla byla postižena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla postižena. Jaké trvalé následky úraz zanechal?</p>

Rodné číslo	
6. Měl/a jste v posledních 7 letech úraz? Např. zlomenina, poranění, vykloubení, poranění vazů a šlach, popálení, otřes mozku apod.	Kdy, jaká část těla byla postižena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla postižena.
<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	

#### PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Jsem si vědom/a toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku na zdravotní stav pojištěného ocení pojistitel přejímané riziko a rozhodne o jeho přijetí. Budou-li ze zdravotnické dokumentace zjištěny takové skutečnosti, které budou bránit převzetí rizik v uvažovaném rozsahu, souhlasím s tím, aby pojistné krytí bylo v pojistné smlouvě dodatečně upraveno formou nového smluvního ujednání. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvedl/a jsem všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Jsem si vědom/a, že neúplné nebo nepravdivé odpovědi mohou mít za následek odstoupení od pojistné smlouvy nebo odmítnutí plnění ve smyslu zákona a pojistných podmínek, které jsem obdržel/a při uzavření pojistné smlouvy.

#### ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Udělují v souladu s § 2828 zákona 89/2012 Sb. občanského zákoníku, souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav pro účely určení výše pojistného rizika, výše pojistného, změny pojistné smlouvy, šetření pojistné události či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, porízení výpisu nebo opisu ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu; toto zmocnění platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčiny smrti. Zprošťuji v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se pacientům v plném rozsahu nesděluje.

#### ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

#### ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

##### SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Pojistitel bude s Vaším souhlasem zpracovávat informace týkající se Vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o Vašem zdravotním stavu (dále jen „údaje o zdravotním stavu“), jakož i genetické údaje, a to pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, nebo její změny, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojistitel zpracovávat údaje, které mu poskytnete v souvislosti s tímto formulářem, pro účel posouzení přijatelnosti do pojištění bude zpracovávat i údaje, které od Vás získal v souvislosti s jinými uzavřenými pojištěními smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání smluvního vztahu. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou uzavření nebo změny pojistné smlouvy, resp. přistoupení k pojistné smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje může pojistitel předávat za účelem zajištění zajišťovatelům, kterými jsou společnosti VIG RE zajišťovna, a.s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko), Swiss Re Europa S.A. (Německo) a případně další společnosti uvedené na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

souhlasím

#### ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ BEZ VAŠEHO SOUHLASU

Pojistitel bude bez Vašeho souhlasu na základě nezbytnosti pro **určení, výkon nebo obhajobu právních nároků** zpracovávat v nezbytném rozsahu údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy (s výjimkou změny pojistné smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

#### INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

##### Zpracování na základě oprávněných zájmů pojistitele

Pojištěný bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

##### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Pojištěný bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojistitel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

#### INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA NEBO POJIŠTĚNÉHO

##### Zpracování na základě oprávněných zájmů pojistitele

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojistitel zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

##### Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojistitel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

**Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem Souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu a genetických údajů a že jste se před jeho udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která Vám v této souvislosti náleží.**

Datum
2   0

#### Podpis pojištěného\*

\* Je-li pojištěný nezletilý, podepisuje se za něho zákonný zástupce.

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Vztah k pojištěnému