



Zdravotný dotazník pre skúšobné návrhy pre dieťa mladšie ako 16 rokov

1 Poistník

Meno Priezvisko Rodné číslo

2 Poistené deti

Meno a priezvisko dieťaťa	Rodné číslo	Športová činnosť/ voľnočasová aktivita			
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Výška	Váha	Všeobecný ošetrojúci lekár - meno, priezvisko a adresa (mesto)
Dieťa 1	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>
Dieťa 2	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>
Dieťa 3	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>
Dieťa 4	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>
Dieťa 5	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="text"/>

	Dieťa 1 áno nie	Dieťa 2 áno nie	Dieťa 3 áno nie	Dieťa 4 áno nie	Dieťa 5 áno nie
Je dieťa ľavák?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Má dieťa dioptrie väčšie ako +/- 8?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3 Zdravotný dotazník

	Dieťa 1 áno nie	Dieťa 2 áno nie	Dieťa 3 áno nie	Dieťa 4 áno nie	Dieťa 5 áno nie
1. Trpelo alebo trpí dieťa ochorením srdca alebo ciev, krvi, pľúc, dýchacieho ústrojenstva, obličiek, cukrovkou, epilepsiou, nádorovým ochorením (aj nezhubným), chorobami zažívacieho traktu, psychiatrickým ochorením, neurologickým ochorením, ochorením chrbtice, problémami so svalovým alebo kostrovým systémom, alebo iným chronickým ochorením?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Čaká sa na stanovenie diagnózy u dieťaťa alebo bolo, či má byť vyšetrené, sledované alebo liečené pre akýkoľvek zdravotný problém?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Má dieťa akúkoľvek vrodenú alebo získanú vadu, trpí dedičným ochorením?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Má dieťa odporúčanú alebo plánovanú operáciu? Ak áno, uveďte prosím druh a termín operácie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Utrpelo dieťa úraz, ktorý zanechal trvalé následky? Špecifikujte, prosím, prípadné trvalé následky.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. V priebehu posledných 3 rokov, bolo dieťa hospitalizované po dobu 2 a viac dní alebo užívalo lieky po dobu dlhšiu ako 4 po sebe nasledujúce týždne? (okrem liekov a injekcií proti horúčke, nachladnutí, chrípke, alergií a na utíšenie bolesti)? Doplňte prosím, aké a prípadne dávkovanie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ak ste na ktorúkoľvek z otázok Zdravotného dotazníka odpovedali áno, nižšie uvedte číslo otázky a všetky podrobnosti týkajúce sa kladnej odpovede (napr. dátum diagnostikovania choroby, opis choroby, príčiny choroby, výsledky liečby, užívané lieky a ich dávkovanie). Ak sa odvolávate na prílohy, označte to v časti „Pripojené prílohy a doplnenia“. Prílohu priložte k tomuto dotazníku.

Ako prílohu tiež priložte: prepúšťacie správy po nemocničnej liečbe alebo operácii a výsledky histologických vyšetrení.

Pripojené prílohy a doplnenia

Počet príloh _____

4 Spracúvanie osobných údajov – NN Životná poisťovňa, a.s.

NN Životná poisťovňa, a.s. ako prevádzkovateľ osobných údajov spracováva osobné údaje dieťaťa uvedené v tomto Zdravotnom dotazníku pre skúšobné návrhy pre dieťa a ďalšie poskytnuté informácie o zdravotnom stave dieťaťa (ďalej len ako „osobné údaje“) pre účely vykonania opatrení prijatých pred prijatím do poistenia/uzatvorením poistnej zmluvy v súlade s čl. 6 ods. 1 písm. b) Nariadenia Európskeho Parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (ďalej len ako „Nariadenie GDPR“) a zároveň z dôvodu, že spracúvanie osobných údajov je nevyhnutné na splnenie zákonnej povinnosti Poisťovateľa v zmysle § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve v platnom znení (ďalej len ako „zákon o poisťovníctve“) v spojení s § 78 ods. 5 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení alebo podľa osobitných predpisov v súlade s čl. 6 ods. 1 písm. c) Nariadenia GDPR. NN Životná poisťovňa, a.s. osobné údaje uchováva v prípade prijatia do poistenia/uzatvorenia poistnej zmluvy po dobu trvania zmluvného vzťahu a dobu nevyhnutne potrebnú na plnenie práv a povinností NN Životnej poisťovne, a.s. vyplývajúcich zo zmluvného vzťahu, zákona o poisťovníctve a/alebo osobitných predpisov, a to aj na dobu 10 rokov po skončení platnosti poistnej zmluvy alebo po dobu 1 roka od dátumu vyhotovenia tohto Zdravotného dotazníka pre skúšobné návrhy pre dieťa v prípade, ak k prijatiu do poistenia/uzatvoreniu poistnej zmluvy nedôjde. Poskytnutie osobných údajov je dobrovoľné avšak nevyhnutné pre vykonanie opatrení prijatých pred prijatím do poistenia/uzatvorením poistnej zmluvy. Ďalšie informácie o spracovaní osobných údajov sú zverejnené na webovej stránke www.nn.sk a sú uvedené v poistnej zmluve.

5 Identifikácia

Finančný agent v sektore poistenia a zaistenia týmto vyhlasuje a potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu Zákonného zástupcu/Zákonných zástupcov na základe ich dokladov totožnosti (OP, pas, povolenie na pobyt).

V _____ Dňa _____

	Meno a priezvisko zákonného zástupcu	Vzťah zákonného zástupcu k poistenému dieťaťu	Totožnosť overená podľa (typ, číslo a platnosť dokladu):	Štát vydania
Dieťa 1	_____	_____	_____	_____
Dieťa 2	_____	_____	_____	_____
Dieťa 3	_____	_____	_____	_____
Dieťa 4	_____	_____	_____	_____
Dieťa 5	_____	_____	_____	_____

6 Finančný agent

Informácie o finančnom agentovi v sektore poistenia a zaistenia v zmysle platného zákona o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve.

Obchodné meno, právna forma _____	Číslo finančného agenta _____
E-mail a telefón finančného agenta _____	Registr. číslo v NBS _____
Miesto podnikania / Sídlo _____	

Spôsob overenia finančného agenta v príslušnom podregistri: www.regfap.nbs.sk