



Zdravotný dotazník

pre dospelého a deti od 16 rokov

 Dátum podpisu
poistnej zmluvy

 Číslo poistnej zmluvy
/ identifikačné číslo

1 Poistený

 Meno Priezvisko Rodné číslo

2 Zamestnanie a voľnočasové aktivity

 Zamestnanie (odvetvie) Miesto zamestnania/
podnikania Zamestnanec
 Podnikateľ Iný
Pracovná pozícia Kód Riziková skupina č.
Športová činnosť/
voľno-časová aktivita profesionálne amatérsky rekreačne

3 Zdravotné údaje poistený

 uveďte meno, priezvisko a adresu (mesto) lekára,
u ktorého máte vedenú zdravotnú kartu Výška
(cm) Hmotnosť
(kg) Ste ľavák?
áno nie Máte dioptrie
väčšie ako +/-8?
áno nie

4 Zdravotný dotazník

Časť A

- V predchádzajúcich 36 mesiacoch:
 - Ste užívali alebo Vám bolo doporučené/predpísané užívanie akýchkoľvek liekov alebo podávanie injekcií za účelom liečby ochorenia po dobu dlhšiu ako 3 po sebe nasledujúce týždne (okrem liekov a injekcií proti horúčke, nachladnutiu, chrípke, alergii - sezónnej/po poštípaní včelou alebo osou/na lieky) alebo ste boli hospitalizovaný (s výnimkou pôrodu)?
 - Ste nemohli pracovať, resp. ste boli alebo ste mimo práce zo zdravotných dôvodov po dobu dlhšiu ako 3 po sebe nasledujúce týždne?
 - Ste vzhľadom na Váš zdravotný stav vyžadovali, podstúpili alebo Vám bolo odporúčané akékoľvek odborné lekárske vyšetrenie (napr. reumatologické, hematologické, diabetologické a pod. alebo napr. MRI, CT, RTG, EEG, EKG a pod.), operácia, alebo takéto vyšetrenie či operáciu očakávate/plánujete (s výnimkou pôrodu alebo absolvovania preventívnych prehliadok - s negatívnym výsledkom)?
- Ste alebo boli ste uznaný invalidným s poklesom schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, prípadne je Váš zdravotný stav z tohto dôvodu aktuálne v procese posudzovania?
- Trpíte akýmkoľvek telesným postihnutím, vrodenuou vývojovou vadou (napr. detská mozgová obrna, svalová dystrofia, amputácie, hydrocefalus, vrodene vývojové vady srdca, genetické/metabolické ochorenia a pod.) alebo Vám pretrvávajú do súčasnosti akékoľvek trvalé následky po úraze a/alebo chorobe (napr. stratové poranenia, strata zmyslu - zrak/sluch/chuť, pretrvávajúce obmedzenia hybnosti, ochrnutie a pod.)?

 Poistený
áno nie

Časť B

- Konzumujete alkoholické nápoje? Ak áno, uveďte priemernú spotrebu.
- Bola Vám niekedy odporúčaná alebo ste sa podrobili liečbe alebo vyšetreniu pre nadmerné užívanie alkoholu alebo z dôvodu inej závislosti?
- Fajčíte alebo ste fajčili, či používate alebo ste používali akúkoľvek formu tabaku alebo nikotínu v predchádzajúcich 12 mesiacoch (údaje staršie ako 12 mesiacov neuvádzajte)? Ak áno, uveďte typ a priemernú dennú spotrebu.

4 Zdravotný dotazník (pokračovanie)

- | | Poistený | áno | nie |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7. V predchádzajúcich 5 rokoch Vám boli diagnostikované alebo ste sa v tomto období liečili alebo sa aktuálne liečite na: | | | |
| A. ochorenia dýchacieho systému (napr. astma, chronický zápal priedušiek a pľúc, sťažené dýchanie, kašeľ trvajúci viac ako 2 mesiace, tuberkulóza, chronická obštrukčná choroba pľúc, spánkové apnoe a iné) alebo Vám bol v priebehu posledných 3 mesiacov diagnostikovaný SARS-CoV-2 alebo ste mali symptómy, ktoré tejto diagnóze nasvedčovali (napr. pretrvávajúci kašeľ, horúčka, zvýšená teplota)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. ochorenia trávacieho systému (napr. vredové a zápalové ochorenia pažeráka, žalúdka, dvanástnika, čriev, konečníka, ochorenia pečene, pankreasu a žlčníka, Crohnova choroba, Ulcerózna kolitída a iné)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. ochorenia mozgu a nervového systému (napr. závrate, migrény, poruchy vedomia, epilepsia, Skleróza multiplex, ochrnutie a iné)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D. duševné ochorenia (napr. depresia, demencia, nervové zrútenie, chronická únava, úzkostné stavy, poruchy príjmu potravy a iné) alebo ste sa pokúsili o samovraždu ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E. ochorenia pohybového aparátu (napr. choroby kostí, kĺbov, svalov, šliach a väzov, choroby chrbtice, reumatizmus, artritída, artróza a iné) alebo ste utrpeli úraz, ktorý zanechal trvalé následky? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| F. ochorenia močovo-pohlavného systému alebo gynekologické ochorenia (napr. ochorenia obličiek, močových ciest, prostaty, prsníkov, vaječníkov, vajcovodov, maternice, močové kamene, zápaly a iné)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| G. ochorenia kože (napr. psoriáza, zápaly, dysplastické névy a iné), infekčné ochorenia (napr. encefalitída, borelióza, mononukleóza, žltáčka okrem typu A, a iné) a ochorenia očí a uší (napr. slepota, glaukóm, katarakta, nedoslýchavosť a iné)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| H. akékoľvek odchýlky v krvi alebo v moči , ktorých dôvod nebol v predchádzajúcich otázkach uvedený a ktoré vyžadujú ďalšie testy, vyšetrenia alebo liečbu (napr. zvýšená hladina cukru, zvýšené lipidy alebo pečeňové enzýmy)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. V predchádzajúcich 10 rokoch Vám boli diagnostikované alebo ste sa v tomto období liečili alebo sa aktuálne liečite na: | | | |
| A. ochorenia srdca a ciev (napr. vysoký krvný tlak, angina pectoris, poruchy srdcového rytmu, ochorenia chlopní, bolesti na hrudníku, infarkt, ischemická choroba srdca, cievna mozgová príhoda , tranzitórne ischemické ataky, krčkové žily a iné)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. zhubné nádorové ochorenia (rakovina), leukémia , lymfóm alebo nezhubné nádorové ochorenia (napr. cysty, myómy, polypy, adenómy a iné) alebo hrčky/výrastky, krvácajúce miesta na koži, bolestivé miesta a útvary meniace farbu alebo veľkosť? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C. akákoľvek forma chronickej choroby ako napríklad cukrovka, ochorenia štítnej žľazy, hormonálne poruchy, hepatitída, HIV, zlyhanie obličiek, Dna, ochorenia krvi a lymfatických uzlín alebo akékoľvek iné ochorenie alebo poškodenie zdravia, ktoré vyžaduje pravidelnú návštevu lekára? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Mali/ majú dvaja a viacerí z Vašich priamych rodinných príslušníkov (rodičia, bratia, sestry) pred dovŕšením veku 60 rokov diagnostikovanú chorobu srdca/infarkt/mozgovú, onkologické ochorenie toho istého typu , Sklerózu multiplex, Huntingtonovu chorobu, polycystickú chorobu obličiek, polypózu hrubého čreva alebo akúkoľvek inú dedičnú chorobu? (diagnostikovanie ochorenia po 60. roku života neuvádzajte) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ak ste na ktorúkoľvek z otázok Zdravotného dotazníka odpovedali áno, nižšie uveďte 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. Ak Vám bola priznaná invalidita, je potrebné predložiť Rozhodnutie Sociálnej poisťovne s lekárskeým posudkom, na základe ktorého bola invalidita priznaná.

Pripojené prílohy a doplnenia

Počet príloh

Poistený podpisom tohto dokumentu vyhlasuje a potvrdzuje, že všetky informácie, ktoré uviedol v tomto dokumente a predložil Poistovateľovi v súvislosti s poistnou zmluvou sú úplné, pravdivé a aktuálne ku dňu datovania tohto dokumentu; neopomenul uviesť informáciu, ktorej uvedenie by spôsobilo, že iná informácia uvedená alebo predložená Poistovateľovi v tomto dokumente alebo poistnej zmluve alebo v súvislosti s ňou je neúplná, nepravdivá alebo zavádzajúca v akomkoľvek podstatnom ohľade.

Poistený, resp. jeho zástupca výslovne žiada, aby NN Životná poisťovňa, a.s. ako prevádzkovateľ osobných údajov spracovávala jeho osobné údaje uvedené v tomto Zdravotnom dotazníku a ďalšie poskytnuté informácie o zdravotnom stave (ďalej len ako „osobné údaje“) pre účely vykonania opatrení prijatých pred prijatím do poistenia/uzatvorením pripoistenia 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 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. Poskytnutie osobných údajov je dobrovoľné avšak nevyhnutné pre vykonanie opatrení prijatých pred prijatím do poistenia/uzatvorením pripoistenia. Ďalšie informácie o spracovaní osobných údajov sú zverejnené na webovej stránke www.nn.sk a sú uvedené v poistnej zmluve.

5 Identifikácia

V _____	Dňa _____
Podpis	Totožnosť overená podľa (typ, číslo a platnosť dokladu): Štát vydania _____
Poistený _____	_____
Zákonný zástupca	Totožnosť overená podľa (typ, číslo a platnosť dokladu): Štát vydania _____
_____	_____
Meno a priezvisko zákonného zástupcu _____	

6 Finančný agent

Finančný agent v sektore poistenia a zaistenia týmto vyhlasuje a potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu Poisteného/ Zákonného zástupcu na základe jeho dokladu totožnosti (OP, pas, povolenie na pobyt). 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 _____	Podpis finančného agenta/ zamestnanca finančného agenta _____

V prípade ak finančný agent koná prostredníctvom zamestnanca, zamestnanec vyplní aj nižšie uvedené údaje.

Meno a priezvisko zamestnanca finančného agenta _____	E-mail a telefón zamestnanca finančného agenta _____
---	--

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