

# Dotazník pre Poistenie k Úveru



7112

PRIEZVISKO, MENO, TITUL KLIENTA	RODNÉ ČÍSLO KLIENTA
ADRESA KLIENTA	

	ÁNO	NIE
Výška: _____ cm                      Váha: _____ kg		
1. Fajčíte alebo fajčili ste v posledných dvoch rokoch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pijete, alebo pili ste alkohol v množstve väčšom ako 1 l piva, 0,4 vína alebo 0,1 destilátu častejšie ako 4x do týždňa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Užívate alebo užívali ste drogy, návykové látky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ste alebo boli ste vyšetovaný, sledovaný alebo liečený pre onkologické ochorenie (vrátane rakoviny kože)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Podstúpili ste z dôvodu onkologického ochorenia operáciu alebo chemoterapeutickú liečbu alebo liečbu ožarovaním?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bola Vám zistená vrodená chyba, vrodené ochorenie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ste alebo boli ste posledných 7 rokov pre nižšie uvedené zdravotné ťažkosti vyšetovaný, sledovaný alebo liečený u lekára?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>srdcovo-cievne ochorenia (vysoký krvný tlak, ochorenie srdca a ciev)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>diabetes mellitus (cukrovka)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>poruchy metabolizmu (zvýšené krvné tuky, zvýšený cholesterol, hyperurikémia (Dna))</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>ochorenie krvi ( porucha zrážanlivosti, krvotvorby, anémia a pod.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>ochorenie pohybového aparátu (kosti, kĺby, chrbtica, svaly, väzy, medzistavcové platničky, chrbát, šija, ramená, zápaly kĺbov, reumatizmus, artritída a pod.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>epilepsia, závrate, obrna, bezvedomie, roztrúsená skleróza alebo iné neurologické ochorenie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>psychické problémy a poruchy chovania (únavový syndróm, depresia, neuróza, pokus o samovraždu, poruchy správania, závislosť na alkohole a drogách a pod.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>ochorenie zažívacieho systému (žalúdočný vred, iné žalúdočné alebo črevné problémy napr. hemoroidy, krvácanie, zápaly, črevné choroby, choroby žlčníka, slinivky brušnej a pod.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>alergie, astma bronchiale, iné ochorenia dýchacej sústavy (chronická bronchitída, zápal pľúc, pľúcna tuberkulóza a pod.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>ochorenie močového ústrojenstva (choroby ľadvín, močových ciest alebo mechúra, prostaty, močové kamene, krv alebo bielkoviny v moči); gynekologické ochorenie; ochorenie prsníkov; ochorenie pohlavných orgánov (vrátane pohlavne prenosných)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>infekčné ochorenia (žltáčka, mononukleóza, borelióza, tropické ochorenia, HIV pozitívita, AIDS a pod.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>krátkozrakosť alebo ďalekozrakosť na +/- 7 dioptrií alebo iné ochorenie, chyby zraku alebo sluchu (znížená zraková ostrosť, ochorenie sietnice, zákal, nedoslýchavosť, hluchota a pod.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>iné ochorenia (napr. nezhubné nádory, ochorenia imunitného systému, postcovidový syndróm a pod.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Užívate nejaké lieky po dobu dlhšiu ako 3 týždne (okrem hormonálnej antikoncepcie a voľne predajných liekov?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Máte naplánovaný pobyt v nemocnici alebo operáciu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Čakáte na výsledky nejakého vyšetrenia alebo je u vás naplánované vyšetrenie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Boli ste v posledných 7 rokoch v stave ochorenia alebo v pracovnej neschopnosti dlhšie ako 3 týždne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Boli ste v posledných 7 rokoch operovaný alebo hospitalizovaný v nemocnici? Boli ste v posledných 7 rokoch v kúpeľoch alebo liečebni na odporúčenie lekára?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Utrpeli ste v posledných 7. rokoch úraz, ktorý zanechal trvalé následky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**V prípade, ak ste odpovedali na niektorú z otázok „ÁNO“, prosíme o zaslanie kontrolných lekárskeho nálezov spolu s Dotazníkom na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a. s., Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1**

### **Vyhlásenie Klienta**

1. Klient podpísaním tohto Dotazníka pre Poistenie k Úveru záväzne vyhlasuje, že splnomocňuje každého z oboch Poistiteľov, a to buď spoločne alebo každého samostatne, na zisťovanie a preskúmavanie jeho fyzického i psychického zdravotného stavu, na nahliadanie do jeho zdravotnej dokumentácie a na robenie si výpisov z tejto zdravotnej dokumentácie u všetkých lekárov, vo všetkých zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnícku starostlivosť, v ktorých sa doteraz liečil, lieči, alebo sa bude liečiť, a to všetko za účelom uzatvorenia Poistnej zmluvy pre Poistenie k Úveru, pričom táto plná moc platí aj po jeho smrti.
2. Klient tiež splnomocňuje lekárske zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnícku starostlivosť na poskytovanie úplných informácií o jeho zdravotnom stave, ak niektorý z oboch Poistiteľov o takéto informácie požiada, na vyhotovenie lekárskeho správ, výpisov z jeho zdravotníckej dokumentácie a na zapožičanie týchto dokumentov každému z oboch Poistiteľov, pričom táto plná moc platí aj po jeho smrti.
3. Klient ďalej splnomocňuje orgány sociálneho zabezpečenia, príslušnú zmluvnú zdravotnú poisťovňu, ako aj iné štátne orgány a právnické a fyzické osoby, na poskytovanie údajov týkajúcich sa jeho osoby na účely uzatvorenia Poistnej zmluvy pre Poistenie k Úveru.
4. Poistitelia spracúvajú osobné údaje Dlžníka a oprávnených osôb na účel uzatvorenia, správy a plnenia Poistenia k Úveru v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
5. Beriem na vedomie a súhlasím s tým, že poisťovateľ nie je povinný plniť v prípade pracovnej neschopnosti, ktorá nastala ako pokračovanie, recidíva alebo následok chorôb alebo úrazov, ktoré som uviedol v tomto Dotazníku pre Poistenie k úveru. Týmto nie je dotknuté uplatňovanie výluk z poistného plnenia tak, ako sú uvedené vo Všeobecných poistných podmienkach pre poistenie k úveru.

Dátum podpisu Dotazníka:	
Dátum podpisu Úverovej zmluvy*:	
Číslo úverovej zmluvy:	
Výška úveru:	

\* neuvádzať v prípade, ak je Dotazník vyplňaný so Žiadosťou o úver

**Svojim podpisom potvrdzujem, že som všetkým otázkam porozumel a odpovedal som na všetky otázky pravdivo a úplne. Som si zároveň vedomý, že nepravdivosť údajov môže mať za následok odmietnutie alebo obmedzenie Poistného plnenia alebo odstúpenie od Poistenia k úveru.**

.....  
**podpis Klienta**

**Kontaktné údaje:**

**Meno, priezvisko poradcu:** .....

**Obchodné miesto SLSP:** .....

**e-mailová adresa:** .....