

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÝCH OSÔB PRE HROMADNÉ ÚRAZOVÉ POISTENIE

Meno poisteného:			
Adresa poisteného:			
Dátum narodenia:			
<p>1. Liečite sa v súčasnej dobe na nejaké ochorenie, príp. vyšetrujú Váš zdravotný stav alebo ste pod lekárske dozorom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Z akého dôvodu, ako dlho?</p>			
<p>2. Trpíte (trpeli ste) chorobami alebo ťažkosťami</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>áno nie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nervového systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> srdcovo-cievneho systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krvi alebo imunitného systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vrodenými chybami</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním</p> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <p>áno nie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsiou</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pohybového ústrojenstva</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psychickými</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poruchami zraku, sluchu</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inými</p> </td> </tr> </table> <p>Ak áno, uveďte kedy a aká diagnóza bola zistená:</p>		<p>áno nie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nervového systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> srdcovo-cievneho systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krvi alebo imunitného systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vrodenými chybami</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním</p>	<p>áno nie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsiou</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pohybového ústrojenstva</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psychickými</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poruchami zraku, sluchu</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inými</p>
<p>áno nie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nervového systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> srdcovo-cievneho systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> krvi alebo imunitného systému</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vrodenými chybami</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním</p>	<p>áno nie</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> epilepsiou</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pohybového ústrojenstva</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psychickými</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> poruchami zraku, sluchu</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inými</p>		
<p>3. Ste HIV pozitívny? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Ste odkázaný na opateru inej osoby? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Ste viac ako 3 mesiace práceneschopný? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Ste závislý od alkoholu alebo od drog? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p>			
<p>4. Je alebo Vám bola priznaná invalidita? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Ak áno, aký druh, odkedy a prečo?</p>			
<p>5. Uveďte meno a adresu Vášho ošetrojúceho lekára, ktorý najlepšie pozná Váš zdravotný stav:</p>			
<p>6. Utrpeli ste v minulosti úraz, ktorý zanechal nejaké trvalé následky? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Ak áno, uveďte kedy a aké následky:</p>			
<p>7. Ste pri výkone pracovnej alebo mimopracovnej činnosti vystavený zvláštnemu nebezpečenstvu? Akému?</p> <p>Prichádzate do styku so zdraviu škodlivými alebo výbušnými látkami?</p>			
<p>8. Aký druh športu vykonávate a na akej úrovni (rekreačne, ste registrovaný v oddiely alebo klube, zúčastňujete sa súťaží)?</p>			
<p>9. Ste profesionálny športovec?</p>			
<p>10. Ste pravák alebo ľavák?</p>			

Prehlásenie poisteného o iných poisteniach

Máte už uzavreté úrazové poistenie? Ak áno, aké druhy rizík a poistné sumy máte dojednané? Uveďte názov a adresu poisťovne?	
Odmietla Vás niektorá poisťovňa poistiť alebo Vám vypovedala poistenie? Ktorá a kedy?	

Prehlásenie poistenej osoby

Týmto vyhlasujem, že hore uvedené odpovede, ktoré som sám vypracoval, sú pravdivé a úplné a neboli zatajené alebo vynechané žiadne závažné okolnosti alebo informácie týkajúce sa môjho zdravotného stavu. Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a ostatných zdravotníckych pracovníkov k poskytovaniu akýchkoľvek informácií o mojom zdravotnom stave. Som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

V dňa

.....
podpis poistenej osoby