

DOTAZNÍK

OCHORENIE OBLIČIEK

Meno a priezvisko:

Dátum narodenia:

Číslo poisťného návrhu:

1. Uvedte, prosím, presnú diagnózu, ak ju poznáte.

2. Kedy Vám bolo ochorenie diagnostikované?

3. Aké vyšetrenia ste v súvislosti s ochorením absolvovali? Uvedte detaily aj s dátumami a výsledkami vyšetrení.

4. V súvislosti s príznakmi:

a) Opíšte príznaky ochorenia.

b) Kedy sa príznaky objavili po prvý raz?

c) Ako často sa príznaky opakujú?

d) Kedy sa príznaky objavili naposledy?

5. Boli ste v súvislosti s ochorením operovaný alebo je operácia plánovaná? ÁNO NIE
Ak áno:

a) Uvedte dátumy a úplné detaily spolu s názvom nemocnice a menom chirurga. (Prípadne priložte kópie lekárskej správ).

b) Objavili sa príznaky alebo komplikácie po operácii? Ak áno, uveďte detaily. ÁNO NIE

6. Boli ste niekedy v súvislosti s ochorením obličiek hospitalizovaný? ÁNO NIE
Ak áno, uveďte detaily spolu s dátumami a dĺžkou trvania hospitalizácie:

7. Uvedte detaily Vašej liečby (ako často lieky beriete, názov liekov, denná dávka).

a) V súčasnosti

b) V minulosti

MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, Oddiel: Po, Vložka č.:2699/B, organizačná zložka MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123 (ďalej aj „poisťovateľ“).

Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.

8. V súvislosti s monitorovaním Vášho zdravotného stavu:

a) Uveďte meno a adresu ambulancie Vášho ošetrojúceho lekára

b) Ako často navštevujete Vášho ošetrojúceho lekára?

c) Kedy ste boli na kontrole naposledy?

d) Ak ste boli vyradený z evidencie, uveďte kedy.

9. Boli ste v súvislosti s ochorením niekedy práceneschopný? ÁNO NIE

Ak áno, uveďte detaily s dátumami a trvaním práceneschopnosti.

10. Uveďte akékoľvek dodatočné informácie v súvislosti s Vaším zdravotným stavom, ktoré by mohli pomôcť pri spracovávaní Vášho poistného návrhu.**VYHLÁSENIE**

Týmto potvrdzujem, že vyššie uvedené údaje sú pravdivé a úplné a súhlasím s tým, že tento dotazník je súčasťou návrhu zo dňa , ktorý tvorí základ zmluvy medzi mnou a poisťovňou.

Dátum:

Podpis:

MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, Oddiel: Po, Vložka č.:2699/B, organizačná zložka MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123 (ďalej aj „poisťovateľ“).

Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.