

Informácie o zdravotnom stave, zamestnaní, záujmovej a športovej činnosti

poisteného poistníka

(V prípade prijatia Vášho návrhu na zmenu v poisťnej zmluve, stáva sa tento dotazník jej súčasťou)

Číslo poisťného návrhu / projekcie: _____

Číslo poisťky: _____ Číslo finančného agenta: _____

Meno a priezvisko poisteného: _____

Rodený/á: _____ Rod. číslo: _____

Dátum a miesto narodenia: _____ Tel. č. domov: _____

Trvalý pobyt, adresa: _____

Zamestnanie – odbor: _____ email: _____

Vykonávaná funkcia (náplň práce): _____

Názov a adresa zamestnávateľa: _____

Príjem SZČO: _____ 40 % z príjmov čistý ročný príjem

Zamestnanec – hrubý ročný príjem zo závislej činnosti: _____

Meno a priezvisko poistníka: _____

Rodený/á: _____ Rod. číslo: _____

Dátum a miesto narodenia: _____ Tel. č. domov: _____

Trvalý pobyt, adresa: _____

Vzťah k poistenému: _____ email: _____

Zamestnanie – odbor: _____

Vykonávaná funkcia (náplň práce): _____

Názov a adresa zamestnávateľa: _____

Príjem SZČO: _____ 40 % z príjmov čistý ročný príjem

Zamestnanec – hrubý ročný príjem zo závislej činnosti: _____

Meno, priezvisko, špecializácia, adresa a telefónne číslo súčasného ošetrojúceho lekára. Ak v priebehu predošlého roka došlo k zmene ošetrojúceho lekára, uveďte údaje aj predošlého lekára:

MUDr. _____

	ÁNO	NIE
Výška (cm) / Hmotnosť (kg)	/	
Fajčíte alebo ste fajčili v priebehu posledných 12 mesiacov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ste ľavák?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vykonávate nejakú športovú činnosť?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akú? _____		
Koľkokrát týždenne? _____		
Ako? <input type="checkbox"/> Profesionálne <input type="checkbox"/> Rekreačne		
Ste registrovaný? Akú úroveň ste dosiahli? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V _____ Poistník: _____

Dňa: _____ Poistený (zákonný zástupca): _____

Svedok/finančný agent (ak je prítomný): _____

Číslo poisťného návrhu/projekcie: Číslo poisťky:

- | | ÁNO | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Trpíte duševnou chorobou alebo závažným telesným postihnutím? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Športujete len rekreačne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Vykonávate alebo plánujete vykonávať rizikové športy? Ako napríklad: parašutizmus, kanoistika, horolezectvo, potápanie, jachting, preteky na automobiloch, motocykloch, štvorkolkách alebo vodných plavidlách, lietanie, zoskoky voľným pádom, skialpinizmus alebo športy podobného charakteru. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Mienite cestovať do politicky nestabilných oblastí alebo žiť v takýchto oblastiach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Užívate alebo ste niekedy užíval/a omamné, psychotropné alebo iné návykové látky? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Za posledných 5 rokov ste utrpel/a úraz, bol/a operovaný/á, hospitalizovaný/á, bol/a sledovaný/á v odbornej ambulancii, bol/a diagnostikovaný/á alebo liečený/á na závislosť od alkoholu a/alebo drog, duševné alebo nervové ochorenie, rakovinu, ochorenie srdca a ciev, cukrovku, štítnu žľazu alebo iné ochorenie žliaz s vnútorným vylučovaním, chorobu reprodukčného systému, mozgovú príhodu, trvalé ochrnutie, chronické ochorenie močových ciest, chronickú chorobu obličiek, pečene, pľúc, zažívacieho traktu, chorobu očí, krku, uší, nosa, alebo iné závažné chronické ochorenie, alebo postihnutie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Bolo vám lekárom doporučené diagnostické vyšetrenie (vrátane genetického vyšetrenia), hospitalizácia alebo chirurgický zákrok, ktoré ste do dátumu vypracovania Návrhu neabsolvoval/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ste práceneschopný/á, bol/a ste uznaný/á za invalidného/ú? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uvedte, prosím, podrobné informácie týkajúce sa **všetkých kladných odpovedí**: trvanie chorôb, závery lekárov, adresy zdravotníckych zariadení, v ktorých ste sa liečili, mená a adresy súčasných odborných lekárov a **priložte príslušné lekárske správy**:

Dôležité: Týmto beriem na vedomie, že neuvedenie všetkých známych a podstatných skutočností poisteným a/alebo poisťníkom môže mať za následok, že poisťovateľ nebude viazaný podmienkami poisťnej zmluvy a bude tiež oprávnený plnenie z poisťnej zmluvy odmietnuť. Podstatné skutočnosti sú také, ktoré môžu mať vplyv na ocenenie poisťného rizika alebo na rozhodnutie o prijatí návrhu na zmenu v poisťnej zmluve. Pokiaľ máte pochybnosti, či sa v danom prípade jedná o podstatnú skutočnosť, uvedte ju vyššie.

VYHLÁSENIE

Ja dolupodpísaný týmto vyhlasujem, že všetky vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé. Akékoľvek uhradenie poisťného za požadovanú zmenu v poisťnej zmluve neznamena automatické prijatie tejto zmeny poisťovateľom. Som si vedomý(á) toho, že požadovaná zmena poisťnej zmluvy nadobudne platnosť až prijatím návrhu na zmenu v poisťnej zmluve poisťovateľom. Beriem na vedomie, že poisťovateľ ako prevádzkovateľ spracúva osobné údaje („OÚ“) na základe zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení, ktorý je právnym základom spracúvania OÚ. Dotknutá osoba je povinná poskytnúť poisťovateľovi OÚ uvedené v tomto dokumente alebo neskôr požadované poisťovateľom. Informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov („GDPR“) a zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov („ZOOÚ“) sú splnené poisťovateľom uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk. Dotknutá osoba berie na vedomie a súhlasí s tým, že všetky informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z GDPR a ZOOÚ, môžu byť splnené poisťovateľom aj uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk. Dotknutá osoba sa zaväzuje poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ.

V Poisťník:
Dňa: Poistený (zákonný zástupca):
Svedok/finančný agent (ak je prítomný):

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.