



Dotazník pre Poistenie k Úveru

PRIEZVISKO, MENO, TITUL KLIENTA		RODNÉ ČÍSLO KLIENTA	
ADRESA KLIENTA			

Výška: _____ cm

Váha: _____ kg

Urobte krížik pri správnej odpovedi

1. Fajčíte? Ak áno, koľko cigariet denne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	áno	nie
2. Konzumujete alkohol v množstve viac ako 1l piva alebo 3dcl vína alebo 0,5dcl tvrdého alkoholu denne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	áno	nie
3. Užívate, alebo ste užívali narkotiká/drogy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	áno	nie
4. Ste v súčasnosti práceneschopný/práceneschopná?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	áno	nie
5. Bolo Vám zistené alebo liečite sa na niektoré z nasledovných ochorení? <ul style="list-style-type: none"> • srdca, ciev – zvýšený krvný tlak (hypertenzia), ischemická choroba srdca, neprekonal infarkt alebo mozgovú príhodu; • dýchacieho systému – ochorenia pľúc a priedušiek; • neurologické ochorenie – epilepsia, skleróza multiplex; • psychické ochorenie – depresia, schizofrénia, alkoholová alebo drogová závislosť, alebo nadmerné užívanie alkoholu alebo iných omamných alebo psychotropných látok; • ochorenie tráviaceho systému – pažeráka, žalúdka, dvanástnika, tenkého a hrubého čreva, konečníka, pečene, pankreasu; • metabolické, endokrinologické ochorenie – cukrovka, zvýšený cholesterol (porucha metabolizmu tukov), obezita; • pohybového systému • močového a pohlavného systému – obličiek, maternice, prsníkov • onkologické ochorenie; choroby krvi a imunity; • infekčné a pohlavne prenosné ochorenie. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	áno	nie
Ak áno, uveďte názov ochorenia, liečbu, kedy bolo ochorenie diagnostikované a aký je Váš aktuálny zdravotný stav:		
6. Užívate pravidelne lieky alebo vám v posledných 10 rokoch lekár odporučil pravidelne užívať lieky z dôvodu akéhokoľvek ochorenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	áno	nie
Ak áno, uveďte názov lieku:		
7. Boli ste alebo ste sledovaný a liečený odborným lekárom – špecialistom? (napr. diabetológ, kardiológ, onkológ, internista, neurológ, endokrinológ, alergológ kvôli ťažkej alergii alebo astme, nefrológ, urológ, gastroenterológ, ortopéd a pod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	áno	nie
Ak áno, uveďte názov ochorenia, liečbu, kedy ochorenie diagnostikované a aký je Váš aktuálny zdravotný stav:		
8. Máte priznaný invalidný dôchodok? Ak áno, vyznačte ČIASTOČNÝ/PLNÝ, rok a dôvod priznania?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	áno	nie

Vyhlásenie Klienta

1. Klient podpísaním tohto Dotazníka pre Poistenie k Úveru záväzne vyhlasuje, že dáva obom Poistiteľom výslovný súhlas, aby na účely uzatvorenia Poistnej zmluvy pre Poistenie k Úveru, preverili jeho fyzický a psychický stav. Týmto tiež 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 správy, 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 Dlížníka 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.

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

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.

.....
podpis Klienta

Kontaktné údaje:

Meno, priezvisko poradcu:

Oblasť/Obchodné miesto SLSP:

mailová adresa: