Číslo návrhu zmluvy/Číslo zmluvy:

Poistený

Meno a priezvisko:

Rodné číslo: Výška/váha:

Praktický/všeobecný lekár (meno, adresa, telefón, e-mail):

Odborný lekár, u ktorého ste sledovaný v posledných 3 rokoch (meno, adresa, dôvod/diagnóza a kedy):

Všeobecné informácie		
1. Užívali ste v priebehu posledných 12 mesiacov akékoľvek tabakové výrobky? (napr. cigareta, cigara, elektronická cigareta,...)	☐ Áno	☐ Nie
2. Ste v súčasnej dobe v pracovnej neschopnosti alebo ospravedlnený zo školského vyučovania?	☐ Áno	☐ Nie
3. Máte alebo mali ste priznaný invalidný dôchodok?	☐ Áno	☐ Nie
4. Ste v súčasnej dobe dlhodobo sledovaný alebo liečený pre nejaké ochorenie či úraz?	☐ Áno	☐ Nie
5. Užívate alebo užívali ste pravidelne lieky?	☐ Áno	☐ Nie
6. Užívate alebo užívali ste pravidelne alkoholické nápoje?	☐ Áno	☐ Nie
7. Užívate alebo užívali ste niekedy iné návykové látky (napr. drogy, psychofarmaká)?	☐ Áno	☐ Nie
8. Liečite sa, liečili ste sa alebo Vám bola doporučená liečba z dôvodu závislosti?	☐ Áno	☐ Nie
9. Utrpeli ste v posledných 5 rokoch úrazy?	☐ Áno	☐ Nie
10. Boli ste operovaný alebo Vám bola operácia doporučená? (Okrem slepého čreva a mandlí)?	☐ Áno	☐ Nie
11. Podstúpili ste niekedy chemoterapiu, ožarovanie/rádioterapiu?	☐ Áno	☐ Nie
12. Boli ste v nemocničnom ošetrení?	☐ Áno	☐ Nie
13. Bol Vám vykonaný test na prítomnosť vírusu HIV?	☐ Áno	☐ Nie
14. Podrobili ste sa v posledných 6 mesiacoch nejakému laboratórnemu vyšetreniu, vyšetreniu srdca (napr. EKG), CT, MRI, ultrazvuku, röntgenu?	☐ Áno	☐ Nie

USK_AURA_dotaznik 0225mann

UNIQA linka: +421 232 600 100, e-mail: info@uniqa.sk, www.uniqa.sk
UNIQA pojišťovna, a.s., so sídlom Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2012, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: UNIQA pojišťovna, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 53 812 948, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel Po, vložka č. 8726/B

15. Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov do 60 rokov veku ochorenia srdca alebo krvného obehu (napr. srdcový infarkt, mozgová príhoda), ochorenie obličiek, cukrovka, zhubné nádory, schizofrénia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba, príp. iné závažné ochorenia?	☐ Áno ☐ Nie
16. Odmietla Vás niektorá poisťovňa v rámci životného alebo úrazového poistenia poistiť (tj. odmietla s Vami uzatvoriť poistnú zmluvu, alebo ju vypovedala do 2 mesiacov od jej uzatvorenia), alebo zmluvu prijala za iných ako štandardných podmienok, alebo sa na ňu vzťahovala výluka?	☐ Áno ☐ Nie
17. Plánujete podstúpiť alebo Vám bolo odporučené podstúpiť medicínsku liečbu alebo chirurgický zákrok z dôvodu akýchkoľvek iných ako vymenovaných zdravotných ťažkostí, alebo plánujete podstúpiť hospitalizáciu, alebo čakáte na výsledky akýchkoľvek lekárskych vyšetrení alebo testov?	☐ Áno ☐ Nie

Ak ste na niektorú z otázok v časti Všeobecné informácie odpovedali áno uveďte, prosím:
Číslo otázky a podrobnosti: napr. diagnóza, termín začatia/ukončenia ochorenia/liečby, dôvod a výsledok vyšetrenia, pri úrazoch uviesť aj či zanechali trvalé následky, prípadne ľavú/pravú končatinu/stranu a u priznaného invalidného dôchodku uveďte percento.

Číslo otázky:

Číslo otázky:

Číslo otázky:

Číslo otázky:

Osobný zdravotný dotazník

Máte alebo mali ste ochorenie alebo ťažkosti:		
a) **psychické** (napr. úzkosť, depresia, schizofrénia, poruchy chovania)?	☐ Áno	☐ Nie
b) **neurologické** – ochorenie mozgu, miechy, nervové (napr. epilepsia, skleróza multiplex, mozgová príhoda, ochrnutie, závrate)?	☐ Áno	☐ Nie
c) **kĺbov, kostí, svalov, chrbtice** (napr. artróza, artritída, ankylozujúca spondylitída, osteoporóza)?	☐ Áno	☐ Nie
d) **srdca** alebo **ciev** (napr. srdcová chyba vrodená alebo získaná, angina pectoris alebo srdcový infarkt, poruchy prekrvenia - v ktorej oblasti, zvýšený krvný tlak, zápal žíl, trombóza, embólia)?	☐ Áno	☐ Nie
e) **zmyslových orgánov, ako uší** (napr. nedoslýchavosť, tinnitus), **očí** (napr. glaukóm, ochorenie sietnice, šedý zákal, refrakčná vada nad 8 dioptrií) alebo **nosa?**	☐ Áno	☐ Nie
f) **dýchacích orgánov** (napr. chronická bronchitída, astma, ochorenie pľúc)?	☐ Áno	☐ Nie
g) **tráviacej sústavy** (napr. celiakia, ochorenie pažeráka, žalúdka, čriev, konečníka, žlčníka, pečene, pankreasu)?	☐ Áno	☐ Nie
h) **obličiek, močových ciest** (napr. ochorenie močového mechúra, zápaly, kamene, vrodené vady)?	☐ Áno	☐ Nie
i) **ochorenie krvi, poruchu imunitného systému, infekčnú chorobu** (napr. porucha krvnej zrážanlivosti, HIV infekcia, AIDS, alergie, meningitída)?	☐ Áno	☐ Nie
j) **metabolické, endokrinologické alebo poruchu látkovej výmeny** (napr. cukrovka, zvýšený cholesterol, dna, ochorenie štítnej žľazy)?	☐ Áno	☐ Nie
k) **kožné** (napr. ekzémy, psoriáza, melanóm)?	☐ Áno	☐ Nie
l) **mužských alebo ženských pohlavných orgánov** (napr. ochorenie prostaty, semenníkov, maternice, vaječníkov, prsnej žľazy)?	☐ Áno	☐ Nie
m) **nádorové** (napr. zhubné či nezhubné nádory, cysty, neobvyklé výrastky, polypy, leukémia)?	☐ Áno	☐ Nie
n) **iné neuvedené ochorenia alebo ťažkosti?**	☐ Áno	☐ Nie

Ak ste na niektorú z otázok v Osobnom zdravotnom dotazníku odpovedali áno uveďte, prosím:
Číslo otázky a podrobnosti: Kedy nastalo ochorenie? Aké? Súčasný stav? Spôsob liečby?

Číslo otázky:

Číslo otázky:

Číslo otázky:

Číslo otázky:

Vyhlásenia poisteného

Poistený svojím podpisom čestne vyhlasuje a potvrdzuje, že údaje uvedené v dotazníku sú úplné, pravdivé, správne a žiadnu skutočnosť nezamlčal, a to aj v prípade, že ho vypisovala iná osoba.

Poistený berie na vedomie, že uvedenie nepravdivých alebo neúplných informácií môže mať vplyv na rozsah povinnosti poisťovateľa poskytnúť poistné plnenie, resp. poisťovateľovi môže vzniknúť právo od poistnej zmluvy odstúpiť. Odstúpením od poistnej zmluvy sa poistná zmluva ruší od začiatku. Tento dotazník je neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy.

Podpis

Miesto podpisu:

Dátum podpisu:

Poistený