



0000000000Z0103

Dotazník pojištěného

01-2011

Pojištění: k hypotečním úvěrům České spořitelny, a.s.
 k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.

Z0103H**POJISTITEL**

Příjmení a jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>
Adresa	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/> @
Výše úvěru	<input type="text"/>	Doba splácení	<input type="text"/>

Soubor pojištění (zahrnuje pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, invalidity a pracovní neschopnosti)

A AA

Soubor pojištění (zahrnuje pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, invalidity, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání)

B BB

I. Uveďte přesnou adresu (vč. telefonu) lékaře, který má Vaši zdravotní dokumentaci:

Navštěvujete pravidelně odborného lékaře?	Pokud ano, uveďte jeho adresu, odbornost a datum a důvod poslední prohlídky:
NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	

II. Povolání

1. Povolání, pracovní zařazení (funkce):	<input type="text"/>
2. Obor činnosti (odvětví):	<input type="text"/>

III. Zaškrtněte zvolenou odpověď (v případě ANO uveďte detaily):

2. a) Byl/a jste v posledních 5 letech v pracovní neschopnosti delší než čtyři týdny?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	a) Od kdy a s jakou diagnózou:
b) Máte jiné zdravotní problémy?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	b) Jaké:

IV. Trpíte nebo jste v minulosti trpěli chorobami nebo potížemi souvisejícími s:

Přesná diagnóza, výsledek vyšetření:

1. dýchacím systémem (astma, opakující se nebo chronická bronchitida, zápal plic, plicní tuberkulóza)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	
2. srdcem a cévním systémem (vysoký krevní tlak, infarkt, oběhové potíže, vrozená srdeční vada, srdeční selhání, stavy bušení srdce, cévní mozková příhoda, zánět žil, křečové žíly aj.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Aktuální hodnota krevního tlaku:
3. nervovým systémem (epilepsie, závratě, obrna, postižení nervů aj.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
4. psychickými potížemi (únava, deprese, neuróza, pokus o sebevraždu aj.), poruchami chování?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
5. zažívacím systémem (brániční kýla, žaludeční, dvanácterníkový vřed, jiné žaludeční nebo střevní problémy, např. záněty, krvácení, hemeroidy, choroby jaterní, nemoci žlučníku, slinivky břišní apod.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	
6. močopohlavním systémem (choroby ledvin, močových cest nebo měchýře, močové kameny, prostaty, krev nebo bílkoviny v moči, gynekologické potíže aj.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Jak dlouho, způsob léčby:
7. imunitním systémem a infekčními chorobami (AIDS, pohlavně přenosná onemocnění, infekční žloutenka, tropické nemoci aj.)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	Typ, jak dlouho, způsob léčby:
8. kožními chorobami (ekzémy, alergie, lupénka, plísňe, rakovina kůže)?	NE <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>	

9.	chorobami krve a metabolismu a jinými hormonálními poruchami? a) cukrovka	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	a) Jakého stupně, jak dlouho:
	b) cholesterol	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	b) Hodnota:
	c) onemocnění štítné žlázy	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	c) Hyperfunkce, nebo hypofunkce:
	d) poruchy krvetvorby, srážlivosti	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	d) Uveďte konkrétní diagnózu:
	e) dna, chudokrevnost	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	e)
10.	zrakem nebo sluchem (vady zraku – krátkozrakost, dalekozrakost, snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zelený zákal, vady sluchu – záněty aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Dioptrie – vlevo – vpravo
11.	Vyskytla se u Vás zhoubná onemocnění?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaká, kdy a kdy byla ukončena léčba: Přiložte poslední zprávu z onkologie.
12.	Podstoupil/a jste v posledních 5 letech speciální vyšetření (RTG, CT, NMR, EKG, EEG, ultrazvuk, endoskopie, ozařování aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké, důvod:
13.	Byla u Vás zjištěna HIV pozitivita (AIDS)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
14.	Jaká je Vaše váha a výška?			Váha: kg Výška: cm
15.	Kouříte?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Co, kolik denně, jak dlouho:
16.	Užíváte pravidelně léky, jste pod lékařským dohledem? Byly Vám někdy předepsány léky s dobou užívání delší než 4 týdny?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké, jak dlouho, dávkování:
17.	Léčíte se nebo jste se léčil/a pro závislost na alkoholu nebo drogách?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Pro jakou a kdy:
18.	Vyskytl se u Vás úraz (otrava) vyžadující pobyt, vyšetření v nemocnici (operaci), popř. další léčeni? Je u Vás tento pobyt (operace) v současnosti plánován?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Kdy, důvod, následky (v případě úrazu končetiny uveďte pravá/levá):
19.	Trpíte nebo jste v minulosti trpěl/a obtížemi, onemocněními nebo úrazy souvisejícími se svalovým a kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, šlachy, záda, šije, ramena, záněty kloubů, revmatismus aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Kdy, důvod, následky:

Jsem si vědom/a toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku provede Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group ocenění přejímaného rizika a rozhodne o jeho přijetí. Prohlašuji, že jsem na všechny uvedené dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně a uděluji výslovný souhlas pojistiteli ke zjišťování a přezkoumávání skutečností týkajících se mého zdravotního stavu prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele, a to v souladu s § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v platném znění a jsem si vědom/a případných důsledků v případě, že by se mé odpovědi na dotazy v tomto dotazníku ukázaly jako nepravdivé nebo neúplné.

Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojištnictví a činnosti související s pojišťovnictvím a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 3 zákona č. 277/2009 Sb., o pojištnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojištnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení § 27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje budou zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Datum Podpis pojistníka, pojištěného

Vyjádření oddělení vzniku a kontroly pojištění k návrhu pojištění (jen pro vnitřní účely – vyplňuje pojistitel):

Datum Podpis

Pojistitel
Pojišťovna České spořitelny, a.s.,
Vienna Insurance Group
nám. Republiky 115
530 02 Pardubice

Tento dotazník se pojistiteli nezasiílá v případě, že výše úvěru činí max. 4 999 999 Kč a současně je na všechny dotazy odpovězeno pojištěným záporně. Dotazník pak musí být založen k dokumentaci úvěrové smlouvy pojištěného.