

Zdravotný dotazník (ZdrDUCB2025.1)



Poistenie schopnosti splácať úver

Záujemca o poistenie

Titul, meno, priezvisko

Rodné číslo

Meno, adresa, telefónne číslo
ošetrojúceho lekára (u žien aj gynekológa)

Zástupca poistníka

E-mail predajcu (adresy, na ktoré bude
zaslané vyjadrenie poisťovne)

Zdravotný dotazník pre záujemcu o poistenie

Výška (v cm)

Váha (v kg)

Pravák ☐ Ľavák ☐ Fajčili ste alebo fajčíte? Nie ☐ Áno ☐

Nie Áno

Trpíte, trpeli ste niektorým z týchto ochorení: choroba kostí, kĺbov (vrátane chrbtice), svalov a šliach
alebo trvale používate ortopedické pomôcky? ☐ ☐

1. Ak áno, uveďte, prosím, o ktoré ochorenie išlo:

2. Ste v súčasnej dobe tehotná? (výplňajú iba ženy) ☐ ☐

3. Boli ste niekedy **liečený** alebo **hospitalizovaný** pre **nižšie uvedené ochorenia**, poruchy zdravia
alebo ste príznaky týchto ochorení, resp. porúch zdravia spozorovali?

Ak áno, nižšie upresnite svoju odpoveď:

3.1 cukrovka (zvýšená hodnota cukru v krvi), porucha metabolizmu (napr. hemochromatóza), štítnej žľazy
alebo iné poruchy žliaz s vnútornou sekréciou, dna a iné, ☐ ☐

3.2 zvýšený cholesterol (namerané zvýšené hodnoty cholesterolu), ☐ ☐

3.3 ochorenia nervového systému (napr. silné bolesti hlavy, závrate, mozgová príhoda, epilepsia, skleróza
multiplex a iné), ☐ ☐

3.4 vysoký krvný tlak (neliečený alebo liečený vysoký krvný tlak, bez ohľadu na užívanie liekov), ☐ ☐

3.5 ochorenie srdca a krvného obehu (napr. arytmia, búšenie srdca, bolesť na prsiach, infarkt, ischemická
choroba srdca, iné), ☐ ☐

		Nie	Áno
3.6	ochorenia očí a uší (napr. náhle alebo výrazné zhoršenie zraku alebo sluchu, očný zákal, slepota, hluchota a iné). Ak nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky nad 8,5 dioptrií, uveďte aj túto diagnózu,	☐	☐
3.7	ochorenia dýchacieho ústrojenstva (napr. dýchavičnosť, astma, TBC, chronický zápal priedušiek, COVID-19 a iné),	☐	☐
3.8	ochorenia tráviaceho traktu (napr. choroby žalúdka, dvanástnika, čriev, pečene, žlčníka, hnačky a iné),	☐	☐
3.9	ochorenia obličiek, močových ciest alebo urologické ochorenia (napr. zápaly, kamene, choroby prostaty),	☐	☐
3.10	gynekologické ochorenia a ochorenia prsníkov (napr. cysty vaječníkov, myómy),	☐	☐
3.11	ochorenia krvi, lymfatických uzlín, poruchy imunity (okrem AIDS) a hlasiviek (napr. anémia, embólia, porucha zrážanlivosti krvi a iné ochorenia krvi),	☐	☐
3.12	duševné choroby (napr. demencia) a/alebo duševné poruchy (napr. depresia),	☐	☐
3.13	rakovina či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné i nezhubné nádory, cysty, myómy) a liečba bola už ukončená, resp. od ukončenia liečby uplynuli viac ako 4 roky,	☐	☐
3.14	často sa opakujúce alebo chronické infekčné vírusové, bakteriálne, plesňové ochorenie alebo ochorenie kože,	☐	☐
3.15	horúčky dlhšie trvajúce alebo neznámeho pôvodu, časté nočné potenie, zdurení lymfatických uzlín, genetické ochorenia a iné.	☐	☐

Vyhlásenia záujemcu o poistenie

Svojim podpisom beriem na vedomie:

- že v prípade, ak sa niektorá z mojich vyššie uvedených odpovedí nezakladá na pravde, môže poisťovateľ odstúpiť od poistenia alebo odmietnuť poistné plnenie v súlade s § 802 Občianskeho zákonníka,
- že Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, IČO: 54 228 573, so sídlom Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Po, vložka č.: 8774/B, organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, prostredníctvom ktorej v Slovenskej republike podniká Generali Česká pojišťovna a.s., IČO: 452 72 956, so sídlom Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 1464, člen Skupiny Generali (ďalej len "poisťovateľ") je oprávnená spracúvať moje osobné údaje vrátane informácií o mojom zdravotnom stave v zmysle zákona poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o mojich právach ako dotknutej osoby a spracúvaní osobných údajov, s ktorými som bol oboznámený, sú uvedené v zmluvnej dokumentácii (v dokumente Informácie o spracúvaní osobných údajov), na webovom sídle poisťovateľa: www.generalisk.sk a v obchodných miestach poisťovateľa.
- zároveň dávam výslovný súhlas, aby poisťovateľ v priebehu skúmania mojej poistiteľnosti zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil(a) a liečim. Týmto splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnícku starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či k jej zapožičaniu. Zároveň dávam výslovný súhlas na spracúvanie, poskytovanie a sprístupňovanie údajov z výpisu zo zdravotnej dokumentácie, lekárskeho správ za vyššie uvedeným účelom.

Dňa v:

Podpis záujemcu o poistenie