

Informácia o zdravotnom stave, záujmovej a športovej činnosti Poisteného Poistníka

Vyplňte vždy, aj v prípade, že poisteným je dieťa.

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

Číslo poisťného návrhu:

Číslo poisťky:

Číslo sprostredkovateľa poistenia:

Meno a priezvisko poisteného: tel. č. do práce:

Dátum a miesto narodenia: tel. č. domov:

Zamestnanie - odbor:

Vykonávaná funkcia (náplň práce):

Názov a adresa zamestnávateľa:

Hrubý ročný príjem:

Meno a priezvisko poistníka: tel. č. do práce:

Dátum a miesto narodenia: tel. č. domov:

Zamestnanie - odbor:

Vykonávaná funkcia (náplň práce):

Názov a adresa zamestnávateľa:

Hrubý ročný príjem:

a) Meno, priezvisko, špecializácia, adresa a telefónne číslo ošetrojúceho lekára súčasného a taktiež predošlého, pokiaľ došlo ku zmene v priebehu posledného roka:

MUDr.

b) Výška (cm) / Hmotnosť (kg): /
 Došlo v priebehu roka ku zmene hmotnosti? Zvýšenie, zníženie (podčiarknite),
 o koľko? (uveďte dôvod) kg

c) Fajčíte? Ak áno, koľko cigariet vyfajčíte denne? ks

d) Ako často pijete alkoholické nápoje? Denne Týžd.
 Množstvo/druh: /

e) Užívate alebo užívali ste niekedy iné druhy návykových látok? Ak áno, uveďte aké a kedy naposledy?

f) Boli ste v súvislosti s bodom d) alebo e) niekedy liečený(á), lekársky vyšetrený(á), sledovaný(á)
 lekárom alebo hospitalizovaný(á)? Priložte, prosím, kópiu lekárskej správy.

g) Liečili ste sa alebo sa liečite na niektoré z nasledujúcich ochorení?

(Uveďte diagnózu, odkedy, mesiac a rok. Priložte, prosím, kópie príslušných lekárskejších správ.):

1. vysoký krvný tlak (uveďte súčasné hodnoty), ochorenie srdca a ciev, reumatická horúčka, cukrovka,
 ochorenie obličiek, ochorenie krvi, ochorenie alebo porucha zraku alebo sluchu?

2. nádor, zhubné ochorenie, ochorenie dýchacieho ústrojenstva, alergia (uveďte príznaky), ochorenie
 svalov, kostí, kĺbov alebo chrbtice (uveďte štádium a stupeň), neurologické ochorenie, psychická
 porucha, epilepsia, porucha zažívacieho traktu (vredy, ochorenie žalúdka, čriev, pečene, žlčníka),
 endokrinologické ochorenie (porucha štítnej žľazy, pankreasu alebo iné), ochorenie pohlavných
 orgánov, ochorenie prenášané pohlavným stykom alebo iné ochorenie neuvedené vyššie?
 Ak áno, uveďte podrobné informácie.

h) Boli ste u odborného lekára v priebehu posledných dvoch rokov alebo ste v súčasnej dobe liečený?

(dátum, odkedy, dôvod a výsledok vyšetrenia)

i) Máte v súčasnosti nejaké zdravotné problémy? (rozpíšte)

Užívate v súčasnosti pravidelne lieky? Ak áno, uveďte dôvod, názov lieku, množstvo.

k) Boli ste niekedy hospitalizovaný(á), operovaný(á) alebo sledovaný(á) v zdravotníckom zariadení
 v posledných 5 rokoch? (Uveďte diagnózu, terapiu, následky, mesiac a rok.) Priložte, prosím,
 kópie lekárskejších správ.

l) Uvažujete vyhľadať v najbližšej dobe lekársku pomoc, podrobiť sa liečeniu alebo diagnostickým
 vyšetreniam?(uveďte dôvod)

m) Podstúpili ste nejakú chirurgickú operáciu, utrpeli ste úraz, zranenie alebo otravu, ktoré si vyžiadali
 hospitalizáciu alebo operáciu (mesiac, rok, diagnóza, následky, súčasný stav)? Priložte, prosím,
 kópiu lekárskejších správ.

V Dňa

Podpis: poistník

poistený

svedok / sprostredkovateľ poistenia (ak je prítomný)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AMSLICO AIG Life poisťovňa a.s.

 Hviezdoslavovo námestie 20, 811 02 Bratislava
 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I
 Oddiel: Sa, Vložka číslo: 918/B
 IČO: 314 020 71, DIČ: 2020855936, IČ DPH: SK2020855936

Informácia o zdravotnom stave, záujmovej a športovej činnosti

Poisteného Poistníka

Vyplňte vždy, aj v prípade, že poisteným je dieťa.

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

Meno a priezvisko poisteného:

Meno a priezvisko poistníka:

Číslo poistného návrhu:

Číslo poistky:

Číslo sprostredkovateľa poistenia:

- | | ÁNO | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| n) Týka sa žien: Ste teraz tehotná? (Pokiaľ áno, uveďte týždeň, poradie a priebeh tehotenstva do dátumu podpísania návrhu.) Priložte, prosím, kópiu lekárskej správy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o) Ste v súčasnej dobe práceneschopný(á)? (Uveďte ako dlho, diagnóza.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p) Boli ste v posledných piatich rokoch práceneschopný(á) viac ako štyri po sebe nasledujúce týždne? Ak áno, uveďte kedy, ako dlho a dôvod. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r) Máte nejakú telesnú vadu, bol Vám priznaný nejaký stupeň invalidity alebo poberáte invalidný dôchodok? (Uveďte odkedy, diagnózu, priložte, prosím, kópiu podrobnej lekárskej správy a popis.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| s) Mal alebo má niekto z Vašich najbližších pokrvných príbuzných vysoký krvný tlak, srdcovo-cievne ochorenie pred dosiahnutím 65 rokov života, cukrovku, nádorové ochorenie, duševnú chorobu, tuberkulózu, vrodenú vývojovú chybu alebo iné dedičné ochorenia? Ak áno, uveďte kto a diagnózu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| t) Boli ste niekedy vyšetrený(á) v súvislosti s AIDS s HIV pozitívnym alebo možným pozitívnym výsledkom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Vykonávate nejakú športovú činnosť? Akú? Kolkokrát týždenne? Ako? <input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> rekreačne Ste registrovaný? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE. Akú úroveň ste dosiahli? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Vykonávate alebo plánujete vykonávať niektoré z uvedených aktivít: parašutizmus, kanoistika, horolezectvo, potápanie, jachting, automobilové alebo motocyklové preteky, lietanie a pod.? (V prípade kladnej odpovede uveďte, prosím, údaje požadované v bode a) .) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Mienite cestovať do politicky nestabilných oblastí, alebo žiť v takýchto oblastiach? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Bol niekedy Váš návrh na poistenie odložený, odmietnutý alebo prijatý so zvláštnymi podmienkami? (Uveďte dôvod, dátum a poisťovaciu spoločnosť) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Ste v súčasnosti na materskej dovolenke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Máte alebo ste mali uzavretú inú poisť. zmluvu alebo predložený návrh na jej uzavretie? (Uveďte spoločnosť, druh poistenia a poisť. sumu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uveďte, 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 atď.):

.....

.....

.....

.....

.....

Dôležité: Týmto beriem na vedomie, že neuvedenie všetkých známych a podstatných skutočností poisteným a/alebo poistníkom spôsobí, že poistiteľ nebude viazaný podmienkami poistnej zmluvy. Podstatné skutočnosti sú také, ktoré môžu mať vplyv na rozhodnutie o prijatí návrhu na zmenu v poistnej zmluve. Pokiaľ máte pochybnosti, či sa v danom prípade jedná o podstatnú skutočnosť, uveďte ju vyššie.

VYHLÁSENIE

Ja dolu podpísaný týmto vyhlasujem, že všetky vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé. Akékoľvek uhradenie poistného za požadovanú zmenu v poistnej zmluve neznamena automatické prijatie tejto zmeny poistiteľom. Som si vedomý(á) toho, že požadovaná zmena poistnej zmluvy nadobudne platnosť až prijatím návrhu na zmenu v poistnej zmluve poistiteľom.

V Dňa

Podpis: poistník

poistený

svedok / sprostredkovateľ poistenia (ak je prítomný)