

Rodné číslo		
k) kožní onemocnění (ekzémy, lupénka apod.)	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano
l) onemocnění močového ústrojí (choroby ledvin, močových cest nebo měchýře, prostaty, močové kameny, krev nebo bílkoviny v moči), gynekologická onemocnění, onemocnění prsů, onemocnění pohlavních orgánů (včetně pohlavně přenosných)	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano
m) infekční onemocnění (žloutenka, mononukleóza, borelióza, tropická onemocnění, HIV pozitivita, AIDS apod.)	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano
n) krátkozrakost nebo dalekozrakost nad +/-7 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu (snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod.)	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké (vpravo x vlevo)? Dioptrie - současný stav (vpravo x vlevo): <input type="checkbox"/> Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano
o) jiná onemocnění (např. nezhoubné nádory, onemocnění imunitního systému apod.)	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano
5. Užíváte nějaké léky po dobu delší než 3 týdny (kromě hormonální antikoncepce a volně prodejných léků)?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Název léku, jak dlouho, jaké dávkování a důvod užívání?
6. Je u Vás plánován pobyt v nemocnici nebo operace?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Kdy a pro jakou diagnózu?
Čekáte na výsledky nějakého vyšetření?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Jaké a kdy bylo provedeno? Po obdržení nám zašlete lékařskou zprávu s výsledky podstoupeného vyšetření.
Je u Vás plánované vyšetření?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Kdy a pro jakou diagnózu?
7. Byl/a jste v posledních 7 letech ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti déle než 3 týdny?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Od kdy, jak dlouho a pro jakou diagnózu?
8. Byl/a nebo jste v současné době uznán/a invalidním 1., 2., 3. stupně? Byl/a jste nebo jste držitelem průkazu zdravotně postiženého? Měl/a jste nebo máte změněnou pracovní schopnost?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Důvod, stupeň, od kdy?
9. Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v láních či léčebně na doporučení lékaře?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Kdy, kde a pro jakou diagnózu?
10. Utrpěl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Kdy, jaká část těla byla postižena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla postižena. Jaké trvalé následky úraz zanechal?
11. Utrpěl/a jste v posledních 7 letech úraz?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Kdy, jaká část těla byla postižena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla postižena.
12. Je nějaké onemocnění, které jste v otázkách 4.a) - 4.o) neuvedl/a, protože jste jím trpěl/a před více než 7 lety, ale v posledních 7 letech jste v souvislosti s ním navštívil/a praktického nebo odborného lékaře?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	Pro jakou diagnózu? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <input type="checkbox"/> Ano

Přílohy a doplňující informace:

PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Jsem si vědom/a toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku na zdravotní stav pojištěného ocení pojišťitel přejímané riziko a rozhodne o jeho přijetí. Budou-li ze zdravotnické dokumentace zjištěny takové skutečnosti, které budou bránit převzetí rizik v uvažovaném rozsahu, souhlasím s tím, aby pojištění krytí bylo v pojištění smlouvě dodatečně upraveno formou nového smluvního ujednání.

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojišťitele v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvedl/a jsem všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Jsem si vědom/a, že neúplné nebo nepravdivé odpovědi mohou mít za následek odstoupení od pojištění smlouvy nebo odmítnutí plnění ve smyslu zákona a pojištných podmínek, které jsem obdržel/a při uzavření pojištění smlouvy.

ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Udělují v souladu s § 2828 zákona 89/2012 Sb. občanského zákoníku, souhlas pojišťiteli, aby zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav pro účely určení výše pojištění rizika, výše pojištění, změny pojištění smlouvy, šetření pojistné události či výkonu jiných práv a povinností z pojištění smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisu nebo opisu ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu; toto zmocnění platí i po mé smrti a vztahuje se i na zjištění příčiny smrti.

Zprošťuji v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb ve vztahu k pojišťiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se pacientům v plném rozsahu nesděluje.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Pojišťitel bude s Vaším souhlasem zpracovávat informace týkající se Vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o Vašem zdravotním stavu (dále jen „**údaje o zdravotním stavu**“), jakož i genetické údaje, a to pro účely modelace, nabídky a uzavření pojištění smlouvy, nebo její změny, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojišťitel zpracovávat údaje, které mu poskytnete v souvislosti s tímto formulářem, pro účel posouzení přijatelnosti do pojištění bude zpracovávat i údaje, které od Vás získal v souvislosti s jinými uzavřenými pojištěními smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání smluvního vztahu. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou uzavření nebo změny pojištění smlouvy, resp. přistoupení k pojištění smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoli odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu a genetických údajů do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje může pojišťitel předávat za účelem zajištění zajišťitelům, kterými jsou společnosti VIG RE zajišťovna, a.s. (Česká republika), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Rakousko), Swiss Re Europa S.A. (Německo) a případně další společnosti uvedené na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

souhlasím

ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O VAŠEM ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ BEZ VAŠEHO SOUHLASU

Pojišťitel bude bez Vašeho souhlasu na základě nezbytnosti pro **určení, výkon nebo obhajobu právních nároků** zpracovávat v nezbytném rozsahu údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje, a to pro účely likvidace pojistné události, správy a ukončení pojištění smlouvy (s výjimkou změny pojištění smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojištných podvodů a jiných protiprávních jednání.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťitele

Pojištěný bere na vědomí, že jeho identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojištění smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojištění smlouvy a likvidace pojištných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťitele a prevence a odhalování pojištných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Pojištěný bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťitel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJIŠTĚNÍKA NEBO POJIŠTĚNÉHO

Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťitele

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojištníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojišťitel zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojištění smlouvy, správy a ukončení pojištění smlouvy, likvidace pojištných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťitele a prevence a odhalování pojištných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojištníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojišťitel dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem Souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu a genetických údajů a že jste se před jeho udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která Vám v této souvislosti náleží.

Dne

20

Podpis pojištníka*

* Je-li pojištník nebo pojištěný nezletilý, podepisuje se za něho zákonný zástupce.

Podpis pojištěného* (není-li totožný s pojištníkem)

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Vztah k pojištěnému/pojištníkovi