



00000000027103



096

Dotazník na zdravotní stav pojištěného

Fragebogen zum Gesundheitszustand des Versicherten

Rodné číslo Geburtsnummer	Příjmení Nachname	Jméno Vorname	Titul Titel
------------------------------	----------------------	------------------	----------------

Aktuální povolání k datu podepsání dotazníku - oblast podnikání / obor činnosti (odvětví) a pracovní zařazení (funkce), u dětí a studentů obor studia
Zum Datum der Unterzeichnung des Fragebogens aktueller Beruf – Unternehmensbereich / Tätigkeitsbereich (Sparte) und Position (Funktion), bei Kindern und Studenten Studiengang

Jsem si vědom/a toho, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojistitele, jak ohodnotí pojistné riziko, zda jej pojistí a za jakých podmínek. Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele v tomto dotazníku jsou pravdivé a úplné a uvádím všechny informace včetně těch, které se mi mohou jevit jako nepodstatné. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojistitel od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.
Es ist mir bewusst, dass Antworten auf nachstehende Gesundheitsfragen eine grundsätzliche Bedeutung für die Entscheidung des Versicherers haben, wie er das Versicherungsrisiko bewertet, ob er dieses versichert und unter welchen Bedingungen. Hiermit erkläre ich, dass ich sämtliche schriftliche Fragen des Versicherers in diesem Fragebogen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet und alle Informationen angeführt habe, einschließlich derjenigen, die mir als unwesentlich erscheinen können. Ich verstehe, dass im Falle einer unwahrhaftigen oder unvollständigen Beantwortung dieser Fragen der Versicherer von dem Versicherungsvertrag zurücktreten oder die Versicherungsleistung verweigern oder kürzen darf.

Výška (cm) Höhe (cm)	Váha (kg) Gewicht (kg)
-------------------------	---------------------------

Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten zwei Jahren geraucht?	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy? Was, wie viel (täglich/wöchentlich), wie lange, bzw. von wann bis wann?
--	--	--

Pijete nebo jste pil/a alkohol v množství větším než 1 l piva, 0,4 l vína nebo 0,1 l destilátu častěji než 4x do týdne? Trinken Sie oder tranken Sie Alkohol in einer Menge von mehr als 1 l Bier, 0,4 l Wein oder 0,1 l Destillat häufiger als 4x die Woche?	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy? Was, wie viel (täglich/wöchentlich), wie lange, bzw. von wann bis wann?
--	--	--

Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky? Benutzen Sie oder benutzten Sie Drogen, Suchtmittel?	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy? Was, wie viel (täglich/wöchentlich), wie lange, bzw. von wann bis wann?
---	--	--

Na všechny následující otázky odpovídejte „ano“ nebo „ne“. Odpovíte-li „ano“, je nutné zodpovědět každou podotázku. Při nedostatku místa přiložte doplňující informace na volném listu A4.
Beantworten Sie alle nachstehenden Fragen mit „ja“ oder „nein“. Sofern Sie mit „ja“ antworten, ist jede Zusatzfrage zu beantworten. Bei Platzmangel fügen Sie die Zusatzinformationen auf einer leeren DIN-A4-Seite bei.

1. Trpíte v současné době zdravotními problémy nebo obtížemi? 1. Leiden Sie zurzeit unter Gesundheitsproblemen oder Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Od kdy a jakými? Navštívil/a jste s obtížemi lékaře a jakou stanovil diagnózu? Seit wann und unter welchen? Haben Sie mit den Beschwerden einen Arzt/eine Ärztin aufgesucht und welche Diagnose hat er/sie festgelegt?
---	--	---

2. Jste nebo jste byl/a vyšetřován/a, sledován/a nebo léčen/a u lékaře pro onkologické onemocnění (vč. rakoviny kůže)? 2. Werden oder wurden Sie aufgrund einer onkologischen Erkrankung (inkl. Hautkrebs) ärztlich untersucht, überwacht oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Was, wann, wie lange, Operation, Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche?
--	--	---

Podstoupil/a jste z důvodu onkologického onemocnění operaci nebo chemoterapeutickou léčbu nebo léčbu ozářením? Wurden Sie aufgrund einer onkologischen Erkrankung operiert, mit Chemo oder Strahlentherapie behandelt?	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Kdy byla léčba ukončena? Wann wurde die Behandlung beendet?
---	--	--

3. Byla Vám zjištěna vrozená vada/onemocnění? Wurde bei Ihnen angeborener Fehler / angeborene Krankheit diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Jaká, kdy a způsob léčby? Welche, wann und Behandlungsart?
--	--	---

4. Jste nebo jste byl/a v posledních 7 letech pro níže uvedené zdravotní obtíže nebo onemocnění vyšetřován/a, sledován/a nebo léčen/a u lékaře? Wurden Sie in den letzten 7 Jahren oder sind Sie von einem Arzt auf die unten aufgeführten Erkrankungen untersucht, überwacht oder behandelt?	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Unterziehen Sie sich regelmäßig einer ärztlichen Kontrolluntersuchung (mindestens 1x jährlich)?
--	--	---

a) vysoký krevní tlak, mozková příhoda, srdeční infarkt, jiná onemocnění srdce a cév a) Hoher Blutdruck, Schlaganfall, Herzinfarkt, andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, způsob léčby? Was, wann, wie lange, Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsart?
--	--	---

b) cukrovka b) Diabetes	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Jak dlouho, který typ a způsob léčby? Přiložte lékařskou zprávu z diabetologie. Wie lange, welcher Typ und welche Behandlungsart? Fügen Sie den Arztbericht aus Diabetologie bei.
----------------------------	--	--

c) poruchy metabolismu (zvýšené krevní tuky, zvýšený cholesterol, dna) c) Metabolische Erkrankungen (erhöhte Blutfettwerte, erhöhtes Cholesterin, Gicht)	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, způsob léčby? Was, wann, wie lange, Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsart?
---	--	---

d) onemocnění štítné žlázy d) Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, potíže způsob léčby? Was, wann, wie lange, Arbeitsunfähigkeit, Beschwerden, Behandlungsart?
---	--	---

e) onemocnění krve (poruchy srážlivosti, krvetvorby, anémie apod.) e) Bluterkrankung (Bluterinnungsstörungen, Blutbildungsstörungen, Anämie u. ä.)	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, způsob léčby? Was, wann, wie lange, Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsart?
---	--	---

f) onemocnění pohybového aparátu (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, mezipatlavé ploténky, záda, šíje, ramena, záněty kloubů, revmatismus apod.) f) Erkrankungen des Bewegungsapparates (Knochen, Gelenke, Rückgrat, Muskeln, Bänder, Bandscheiben, Rücken, Nacken, Schultern, Gelenkentzündungen, Rheumatismus u. ä.)	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, důvod, následky, lokalizace? Přetrvávají potíže a jaké? Was, wann, Grund, Folgen, Lokalisierung? Überdauern die Beschwerden und welche?
---	--	---

g) epilepsie, závratě, obrna, bezvědomí, roztroušená skleróza, jiná neurologická onemocnění g) Epilepsie, Schwindel, Paralyse, Ohnmacht, Multiple Sklerose, andere neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho? U epilepsie uveďte typ grand/petit mal, počet záchvatů celkem, kdy byl poslední, způsob léčby? Was, wann, wie lange? Bei der Epilepsie führen Sie den Typ Grand-Petit-mal, die Zahl der Anfälle gesamt, wann der letzte Anfall war und die Behandlungsart an.
--	--	---

h) psychické obtíže a poruchy chování (únavový syndrom, deprese, neuróza, pokus o sebevraždu, poruchy chování apod.) h) Psychische Beschwerden und Verhaltensstörungen (Erschöpfungssyndrom, Depression, Neurose, Selbstmordversuch, Verhaltensstörungen u. ä.)	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, hospitalizace, potíže, způsob léčby? Was, wann, wie lange, Arbeitsunfähigkeit, Hospitalisierung, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche?
--	--	---

i) onemocnění zažívacího systému (brániční kýla, žaludeční/dvanácterníkový vřed, jiné žaludeční nebo střevní problémy, např. hemoroidy, krvácení, záněty, choroby jaterní, nemoci žlučníku, slinivky břišní apod.) i) Erkrankungen des Verdauungssystems (Zwerchfellbruch, Magen-/Zwölffingerdarmgeschwür, andere Magen- oder Darmprobleme, z.B. Hämorrhoiden, Blutung, Entzündungen, Leber-, Gallen- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen u. ä.)	<input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Was, wann, wie lange, Operation, Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche?
---	--	---

Rodné číslo Geburtsnummer 	
j) alergie, astma, jiná onemocnění dýchací soustavy (chronická bronchitída, zápal plic, plicní tuberkulóza apod.) j) Allergien, Asthma, andere Erkrankungen des Atmungsapparates (chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Lungentuberkulose u. ä.) <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Was, wann, wie lange, Operation, Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Unterziehen Sie sich regelmäßig einer ärztlichen Kontrolluntersuchung (mindestens 1x jährlich)? <input type="checkbox"/> Ano/Ja
k) kožní onemocnění (ekzémy, lupénka apod.) k) Hauterkrankungen (Ekzeme, Schuppenflechte u. ä.) <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Was, wann, wie lange, Operation, Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Unterziehen Sie sich regelmäßig einer ärztlichen Kontrolluntersuchung (mindestens 1x jährlich)? <input type="checkbox"/> Ano/Ja
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) l) Erkrankungen des Harntrakts (Nierenerkrankungen, Erkrankungen der Harnwege oder der Harnblase, der Prostata, Harnsteine, Blut oder Eiweißstoffe im Urin), gynäkologische Erkrankungen, Brusterkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane (einschließlich der sexuell Übertragbaren) <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Was, wann, wie lange, Operation, Arbeitsunfähigkeit, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Unterziehen Sie sich regelmäßig einer ärztlichen Kontrolluntersuchung (mindestens 1x jährlich)? <input type="checkbox"/> Ano/Ja
m) infekční onemocnění (žloutenka, mononukleóza, borelióza, tropická onemocnění, HIV pozitivita, AIDS apod.) m) Infektionskrankheiten (Hepatitis, Mononukleose, Borreliose, Tropenkrankheiten, HIV-positiv, AIDS u. ä.) <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Was, wann, wie lange, Operation, Arbeitsunfähigkeit, Hospitalisierung, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Unterziehen Sie sich regelmäßig einer ärztlichen Kontrolluntersuchung (mindestens 1x jährlich)? <input type="checkbox"/> Ano/Ja
n) krátkozrakost nebo dalekozrakost nad +/-7 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu (snižená zraková ostrota, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod.) n) Kurzsichtigkeit oder Übersichtigkeit von über +/- 7 Dioptrien oder andere Erkrankungen/Störungen der Sehkraft oder des Gehörs (verminderte Sehschärfe, Netzhauterkrankungen, Star, Schwerhörigkeit, Taubheit u. ä.) <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké (vpravo x vlevo)? Was, wann, wie lange, Operation, Arbeitsunfähigkeit, Hospitalisierung, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche (rechts x links)? Dioptrie - současný stav (vpravo x vlevo): Dioptrien - derzeitiger Stand (rechts x links): Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Unterziehen Sie sich regelmäßig einer ärztlichen Kontrolluntersuchung (mindestens 1x jährlich)? <input type="checkbox"/> Ano/Ja
o) jiná onemocnění (např. nezhoubné nádory, onemocnění imunitního systému apod.) o) Andere Erkrankungen (z.B. gutartige Tumoren, Erkrankungen des Immunsystems u. ä.) <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? Was, wann, wie lange, Operation, Arbeitsunfähigkeit, Hospitalisierung, Behandlungsart? Überdauern die Beschwerden und welche? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Unterziehen Sie sich regelmäßig einer ärztlichen Kontrolluntersuchung (mindestens 1x jährlich)? <input type="checkbox"/> Ano/Ja
5. Užíváte nějaké léky po dobu delší než 3 týdny (kromě hormonální antikoncepce a volně prodejných léků)? 5. Verwenden Sie Medikamente länger als 3 Wochen (außer hormonellen Verhütungsmitteln und freiverkäuflichen Arzneimitteln)? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Název léku, jak dlouho, jaké dávkování a důvod užívání? Name des Arzneimittels, wie lange, welche Dostierung und Grund für die Verwendung?
6. Je u Vás plánován pobyt v nemocnici nebo operace? 6. Ist bei Ihnen ein Krankenhausaufenthalt oder eine Operation vorgesehen? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Kdy a pro jakou diagnózu? Wann und für welche Diagnose?
Čekáte na výsledky nějakého vyšetření? Warten Sie auf Ergebnisse einer Untersuchung? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Jaké a kdy bylo provedeno? Po obdržení nám zašlete lékařskou zprávu s výsledky podstoupeného vyšetření. Welche und wann wurde diese durchgeführt? Schicken Sie uns nach Erhalt den Arztbericht mit den Untersuchungsergebnissen.
Je u Vás plánované vyšetření? Ist für Sie eine Untersuchung vorgesehen? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Kdy a pro jakou diagnózu? Wann und für welche Diagnose?
7. Byl/a jste v posledních 7 letech ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti déle než 3 týdny? Waren Sie in den letzten 7 Jahren länger als 3 Wochen im Krankenstand oder arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Od kdy, jak dlouho a pro jakou diagnózu? Seit wann, wie lange und für welche Diagnose?
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? 8. Wurde oder wird Ihnen zurzeit die Invalidität 1., 2. oder 3. Grades zuerkannt? Besaßen oder besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis? Hatten oder haben Sie eine verminderte Arbeitsfähigkeit? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Důvod, stupeň, od kdy? Grund, Grad, seit wann?
9. Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lůžkách či léčebně na doporučení lékaře? 9. Wurden Sie in den letzten 7 Jahren operiert oder im Krankenhaus hospitalisiert? Waren Sie in den letzten 7 Jahren basierend auf einer ärztlichen Empfehlung auf Kur oder in einem Sanatorium? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Kdy, kde a pro jakou diagnózu? Wann, wo und für welche Diagnose?
10. Utrpěl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? 10. Erlitten Sie in der Vergangenheit einen Unfall, der Dauerfolgen hinterlassen hat? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Kdy, jaká část těla byla postižena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla postižena. Jaké trvalé následky úraz zanechal? Wann, welches Körperteil wurde betroffen und in welchem Umfang? Bei paarigen Gliedmaßen und Organen führen Sie an, welche Seite betroffen wurde. Welche Dauerfolgen hat der Unfall hinterlassen?
11. Utrpěl/a jste v posledních 7 letech úraz? 11. Haben Sie in den letzten 7 Jahren einen Unfall erlitten? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Kdy, jaká část těla byla postižena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla postižena. Wann, welches Körperteil wurde betroffen und in welchem Umfang? Bei paarigen Gliedmaßen und Organen führen Sie an, welche Seite betroffen wurde.
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? 12. Gibt es irgendeine Erkrankung, die sie in den Fragen 4.a) - 4.o) nicht angeführt haben, da sie darunter vor mehr als 7 Jahren gelitten haben, im Zusammenhang mit welcher Sie allerdings in den letzten 7 Jahren einen Allgemeinarzt oder einen Facharzt aufgesucht haben? <input type="checkbox"/> Ne/Nein <input type="checkbox"/> Ano/Ja	Pro jakou diagnózu? Für welche Diagnose? Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Unterziehen Sie sich regelmäßig einer ärztlichen Kontrolluntersuchung (mindestens 1x jährlich)? <input type="checkbox"/> Ano/Ja

Přílohy a doplňující informace:
Anlagen und ergänzende Informationen:

PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Jsem si vědom/a toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku na zdravotní stav pojištěného ocením pojistitel 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 pojistné krytí bylo v pojistné smlouvě dodatečně upraveno formou nového smluvního ujednání.

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele 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 pojistné smlouvy nebo odmítnutí plnění ve smyslu zákona a pojistných podmínek, které jsem obdržel/a při uzavření pojistné smlouvy.

ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN

Es ist mir bewusst, dass auf Basis meiner Antworten auf die Fragen im Fragebogen zum Gesundheitszustand des Versicherten der Versicherer das anzunehmende Risiko bewertet und über seine Annahme entscheidet. Sofern anhand der Krankenakte solche Tatsachen festgestellt werden, die eine Annahme der Risiken im vorgesehenen Umfang hindern, bin ich damit einverstanden, dass die Versicherungsdeckung in dem Versicherungsvertrag nachträglich in Form einer neuen Vertragsvereinbarung geregelt wird.

Hiermit erkläre ich, dass ich sämtliche schriftliche Fragen des Versicherers in diesem Fragebogen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet und alle Informationen angeführt habe, einschließlich derjenigen, die mir als unwesentlich erscheinen können. Es ist mir bewusst, dass unwahrhaftige oder unvollständige Antworten einen Rücktritt von dem Versicherungsvertrag oder eine Verweigerung der Versicherungsleistung im Sinne des Gesetzes oder der Versicherungsbedingungen, die ich bei dem Abschluss des Versicherungsvertrages erhalten habe, zur Folge haben können.

ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Udělují v souladu s § 2828 zákona 89/2012 Sb. občanského zákoníku, souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav pro účely určení výše pojistného rizika, výše pojistného, změny pojistné smlouvy, šetření pojistné události či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, porázení 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 pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel 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 případech, že jde o diagnózu, která se pacientům v plněném rozsahu nedsdluje.

BEVOLLMÄCHTIGUNG IM SINNE DES GESETZES ÜBER ERBRINGUNG VON GESUNDHEITSDIENSTLEISTUNGEN

In Übereinstimmung mit § 2828 des Gesetzes Nr. 89/2012 Slg. des Bürgerlichen Gesetzbuches erteile ich dem Versicherer die Zustimmung damit, dass er meinen Gesundheitszustand ermittelt und prüft zum Zwecke der Festlegung der Höhe des Versicherungsrisikos, der Prämienhöhe, einer Veränderung des Versicherungsvertrags, einer Ermittlung eines Versicherungsfalls oder einer Ausübung sonstiger Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag, und zwar vor allem in Form von Fragen an zuständige Ärzte (Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen), Ersuchen um Bereitstellung von Arztberichten, Erstellen eines Auszugs oder einer Abschrift meiner Krankenakte, bzw. anderer Protokolle, die sich auf meinen Gesundheitszustand beziehen; diese Bevollmächtigung gilt auch nach meinem Tod und bezieht sich auch auf die Feststellung der Todesursache.

In Übereinstimmung mit § 51 Abs. 2 Lit. b) des Gesetzes Nr. 372/2011 Slg., über Gesundheitsdienstleistungen und Bedingungen für deren Erbringung entbinde ich den zuständigen Arzt, bzw. Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in Bezug auf den Versicherer der Verschwiegenheitspflicht in dem gleichen Umfang, in dem der Versicherer berechtigt ist, Informationen oder Dokumente im Sinne des vorstehenden Absatzes zu verlangen, und ferner in dem Umfang, welche Informationen er dem Patienten im Sinne § 31 und folg. des zitierten Gesetzes zu liefern hat, auch für den Fall, dass es sich um eine Diagnose handelt, die Patienten nicht in vollem Umfang mitgeteilt wird.

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“.

VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Im nachstehenden Teil sind Basisinformationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten angeführt. Mehr Informationen dazu, inklusive der Art und Weise des Widerrufs der Einverständniserklärung, der Möglichkeit einen Einwand zu erheben, sofern die Daten auf Basis eines berechtigten Interesses verarbeitet wurden, des Zugriffsrechtes und weiterer Rechte, finden Sie im Dokument Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten in der Personenversicherung, das auf der Internetseite www.koop.cz unter „O pojišťovně Kooperativa“ dauerhaft öffentlich zugänglich ist.

ZPRACOVÁNÍ CITLIVÝCH OSOBNÍCH ÚDAJŮ

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Pojistitel 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 pojistné smlouvy, nebo její změny, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění a soupojištění. Pro tyto účely bude pojištětel 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 pojistnými 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 pojistné smlouvy, resp. přistoupení k pojistné 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 pojištětel předávat za účelem zajištění zajištělům, 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

VERARBEITUNG SENSIBLER PERSONENBEZOGENER DATEN

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG FÜR DIE VERARBEITUNG DER DATEN ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND SOWIE GENETISCHER DATEN

Der Versicherer wird mit Ihrem Einverständnis Informationen in Bezug auf Ihre körperliche und geistige Gesundheit, einschließlich jener Angaben über die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen, die von Ihrem Gesundheitszustand zeugen (im Folgenden „**Angaben zu dem Gesundheitszustand**“), sowie genetische Daten verarbeiten, und zwar zum Zwecke der Modellierung, eines Angebotes sowie eines Abschlusses des Versicherungsvertrags oder seiner Änderung, Beurteilung der Annehmbarkeit in die Versicherung, Rückversicherung sowie die Mitversicherung. Zu diesem Zweck wird der Versicherer jene Angaben verarbeiten, die Sie ihm im Zusammenhang mit diesem Formular zur Verfügung stellen, für die Beurteilung der Annehmbarkeit in die Versicherung wird er auch jene Angaben verarbeiten, die er von Ihnen im Zusammenhang mit anderen abgeschlossenen Versicherungsverträgen erhalten hatte.

Dieses Einverständnis erteilen Sie für die Dauer des Bestehens der Vertragsbeziehung. Dieses Einverständnis mit der Verarbeitung der Daten über den Gesundheitszustand ist freiwillig, der Abschluss oder eine Veränderung des Versicherungsvertrags, bzw. Beitritt zu einem Versicherungsvertrag ist damit jedoch bedingt. Diese Einverständniserklärung können Sie jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten über den Gesundheitszustand sowie genetischer Daten ist bis zum Zeitpunkt des Widerrufs von dem Widerruf der Einverständniserklärung kaum betroffen. Sie haben auch das Recht, Zugriff zu Ihren personenbezogenen Daten jederzeit zu verlangen.

Der Versicherer ist berechtigt, die Angaben über Ihren Gesundheitszustand sowie genetische Daten zum Zwecke der Rückversicherung folgenden Rückversicherern zu übergeben: VIG RE zajišťovna, a.s. (Tschechische Republik), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Österreich), Swiss Re Europa S.A. (Deutschland) und eventuell auch weiteren Unternehmen, die auf der Internetseite www.koop.cz unter „O pojišťovně Kooperativa“ aufgelistet sind.

Ich stimme zu

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

Pojistitel 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 pojistné smlouvy (s výjimkou změny pojistné smlouvy vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění), ochrany právních nároků a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.

VERARBEITUNG DER ANGABEN ÜBER IHREN GESUNDHEITZUSTAND UND GENETISCHER DATEN OHNE IHR EINVERSTÄNDNIS

Der Versicherer wird ohne Ihr Einverständnis auf Basis einer Notwendigkeit für **die Bestimmung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen** Angaben über Ihren Gesundheitszustand sowie genetische Daten in einem dafür notwendigen Umfang verarbeiten, und zwar zum Zwecke der Abwicklung eines Versicherungsfalls, Verwaltung und Beendung eines Versicherungsvertrages (mit Ausnahme so einer Veränderung des Versicherungsvertrags, die eine Beurteilung der Annehmbarkeit in die Versicherung erfordert), eines Schutzes der Rechtsansprüche, einer Vorbeugung sowie Aufdeckung von Versicherungsbetrügen und anderer rechtswidriger Handlungen.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Zpracování na základě oprávněných zájmů pojistitele

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 pojištětel na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných 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 pojištětel 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.

INFORMATION ÜBER DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Verarbeitung auf Basis berechtigter Interessen des Versicherers

Der Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherer auf Basis seines berechtigten Interesses seine Identifikations- sowie Kontaktdaten, Angaben für die Bewertung seiner Bedürfnisse sowie die Beurteilung der Eignung der Versicherung, Angaben für die Beurteilung des Risikos bei der Annahme in die Versicherung sowie Angaben über die Inanspruchnahme von Dienstleistungen zum Zwecke der Modellierung, des Angebotes sowie des Abschlusses des Versicherungsvertrags, Beurteilung der Annehmbarkeit in die Versicherung, der Verwaltung sowie Beendung des Versicherungsvertrags sowie der Abwicklung von Versicherungsfällen, der Statistik sowie Preisbildung zu den Produkten, Rückversicherung und Mitversicherung, des Schutzes der Rechtsansprüche des Versicherers und einer Prävention sowie Aufdeckung von Versicherungsbetrügen und sonstiger rechtswidrigen Handlungen verarbeitet. Sie sind berechtigt, gegen so eine Verarbeitung jederzeit einen Einwand zu erheben, und zwar auf die Art und Weise, wie es in den Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten in der Personenversicherung beschrieben ist.

Verarbeitung zwecks Erfüllung gesetzlicher Pflicht

Der Versicherte nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherer die Identifikations- sowie Kontaktdaten, Angaben für die Bewertung seiner Bedürfnisse sowie die Beurteilung der Eignung der Versicherung, Angaben für die Beurteilung des Risikos bei der Annahme in die Versicherung zur **Erfüllung seiner gesetzlichen Pflicht** weiter verarbeitet, die sich vor allem aus dem Gesetz zur Regelung des Versicherungsvertriebs, dem Gesetz Nr. 253/2008 Slg., über einigte Maßnahmen zur Bekämpfung der Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung, dem Gesetz Nr. 69/2006 Slg., über die Durchführung internationaler Sanktionen und dem Gesetz Nr. 164/2013 Slg., über die internationale Zusammenarbeit bei der Steuerverwaltung ergibt.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA NEBO POJIŠTĚNÉHO

Zpracování na základě oprávněných zájmů pojistitele

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojištětel zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely modelace, nabídky a uzavření pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných 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 pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojistitel 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.

INFORMATION ÜBER DIE VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN DES VERTRETERS DES VERSICHERUNGSNEHMERS ODER DES VERSICHERTEN

Verarbeitung auf Basis der berechtigten Interessen des Versicherers

Der Vertreter der juristischen Person, gesetzlicher Vertreter oder eine andere zur Vertretung des Versicherungsnehmers oder des Versicherten berechtigte Person nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherer ihre Identifikations- sowie Kontaktdaten auf Basis seines berechtigten Interesses zum Zwecke der Modellierung, des Angebots oder Abschlusses des Versicherungsvertrages, der Verwaltung oder Beendigung des Versicherungsvertrags, der Abwicklung von Versicherungsfällen, der Rückversicherung und Mitversicherung, des Schutzes der Rechtsansprüche des Versicherers und der Prävention sowie Aufdeckung von Versicherungsbetrüben und sonstiger rechtswidrigen Handlungen verarbeitet. So eine Person ist dann berechtigt, gegen so eine Verarbeitung jederzeit einen Einwand zu erheben, und zwar auf die Art und Weise, wie es in den Informationen über die Verarbeitung personenbezogener Daten in der Personenversicherung beschrieben ist.

Verarbeitung zwecks Erfüllung gesetzlicher Pflicht

Der Vertreter der juristischen Person, gesetzlicher Vertreter oder eine andere zur Vertretung des Versicherungsnehmers oder des Versicherten berechtigte Person nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherer die Identifikations- sowie Kontaktdaten zur **Erfüllung seiner gesetzlichen Pflicht** weiter verarbeitet, die sich vor allem aus dem Gesetz zur Regelung des Versicherungsvertriebs, dem Gesetz Nr. 253/2008 Slg., über einige Maßnahmen zur Bekämpfung der Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung, dem Gesetz Nr. 69/2006 Slg., über die Durchführung internationaler Sanktionen und dem Gesetz Nr. 164/2013 Slg., über die internationale Zusammenarbeit bei der Steuerverwaltung ergibt.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars bestätigen Sie, dass Sie sich eingehend mit dem Sinn sowie Inhalt der Einverständniserklärung mit der Verarbeitung der Daten über den Gesundheitszustand sowie genetischer Daten und vor dessen Erteilung auch mit dem Dokument Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten in der Personenversicherung vertraut gemacht haben, vor allem mit der näheren Identifikation weiterer Verwalter, mit dem Umfang der zu verarbeitenden Daten, mit der Rechtsgrundlage (Gründe), dem Zweck sowie der Dauer der Verarbeitung personenbezogener Daten, der Art und Weise des Widerrufs der Einverständniserklärung sowie mit Rechten, die Ihnen in diesem Zusammenhang zustehen.

Dne
Am

Podpis pojistníka*

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

Unterschrift des Versicherungsnehmers*

* Sofern der Versicherungsnehmer oder Versicherte minderjährig ist, unterschreibt für ihn/sie sein/ihr gesetzlicher Vertreter.

Podpis pojištěného* (není-li totožný s pojistníkem)

Unterschrift des/der Versicherten* (sofern nicht mit Versicherungsnehmer identisch)

Jméno a příjmení zákonného zástupce
Vorname und Nachname des gesetzlichen Vertreters

Vztah k pojištěnému/pojistníkovi
Beziehung zu dem/der Versicherten/Versicherungsnehmer