



00000000027103



096

Dotazník na zdravotní stav pojištěného

Insured person's health questionnaire

Rodné číslo Birth registration/national ID No.	Příjmení Surname	Jméno Name	Titul Title
---	---------------------	---------------	----------------

Aktuální povolání k datu podepsání dotazníku - oblast podnikání / obor činnosti (odvětví) a pracovní zařazení (funkce), u dětí a studentů obor studia
Current occupation as of the date of signing the questionnaire - area of business / field of activity (branch) and job classification (function); for children and students field of study

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.
I am aware that the answers to the following health questions are crucial for the Insurer's decision on how to assess the insurance risk, whether to insure it and under what conditions. I declare that all my answers to the written questions of the Insurer in this questionnaire are true and complete and I provide all the information, including that which may seem irrelevant to me. I understand that in the event of a false or incomplete answer to these questions, the Insurer may withdraw from the insurance contract or refuse or reduce the insurance indemnity.

Výška (cm) Height (cm)	Váha (kg) Weight (kg)
---------------------------	--------------------------

Kouříte nebo jste kouřil/a v posledních 2 letech? Do you smoke or have you smoked in the last two years?	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy? What, how much (daily/weekly), how long, or from when to when?
---	---	---

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? Do you drink or have you drunk alcohol in quantities of more than 1 l of beer, 0,4 l of wine or 0,1 l of distillate more than 4 times a week?	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy? What, how much (daily/weekly), how long, or from when to when?
--	---	---

Užíváte nebo jste užíval/a drogy, návykové látky? Do you use or have you used drugs, addictive substances?	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kolik (denně/týdně), jak dlouho, příp. od kdy do kdy? What, how much (daily/weekly), how long, or from when to when?
---	---	---

Na všechny následující otázky odpovídejte „ano“ nebo „ne“. Odpoví-li „ano“, je nutné zodpovědět každou podotázku. Při nedostatku místa přiložte doplňující informace na volném listu A4.
Answer „yes“ or „no“ to all of the following questions. If you answer „yes“, you must answer each sub-question. If there is not enough space, attach additional information on a blank A4 sheet.

1. Trpíte v současné době zdravotními problémy nebo obtížemi? 1. Do you currently suffer from health problems or difficulties?	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Od kdy a jakými? Navštívil/a jste s obtížemi lékaře a jakou stanovil diagnózu? Since when and by what? Have you visited a doctor with difficulty and what was your diagnosis?
---	---	--

2. Jste nebo jste byl/a vyšetřován/a, sledován/a nebo léčen/a u lékaře pro onkologické onemocnění (vč. rakoviny kůže)? 2. Are you or have you been examined, monitored or treated by a doctor for oncological disease (including skin cancer)?	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? What, when, for how long, surgery, incapacity for work, method of treatment? Problems persist and what?
---	---	---

Podstoupil/a jste z důvodu onkologického onemocnění operaci nebo chemoterapeutickou léčbu nebo léčbu ozářením? Have you had surgery or chemotherapeutic treatment or radiation therapy because of a cancer?	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Kdy byla léčba ukončena? When was the treatment stopped?
--	---	---

3. Byla Vám zjištěna vrozená vada/onemocnění? 3. Have you been diagnosed with a congenital defect/disease?	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Jaká, kdy a způsob léčby? What, when and method of treatment?
---	---	--

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? 4. Are you or have you been examined, monitored or treated by doctor in the last 7 years for the health difficulties listed below?	<input type="checkbox"/> Ano/Yes <input type="checkbox"/> Ne/No	
---	---	--

a) vysoký krevní tlak, mozková příhoda, srdeční infarkt, jiná onemocnění srdce a cév a) high blood pressure, stroke, heart attack, other diseases	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, způsob léčby? What, when, for how long, incapacity for work, method of treatment?	Aktuální hodnota krevního tlaku: Current value of blood pressure:	/
--	---	---	--	---

b) cukrovka b) diabetes	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Jak dlouho, který typ a způsob léčby? Přiložte lékařskou zprávu z diabetologie. How long, which type and method of treatment? Attach a medical report on diabetology.
----------------------------	---	--

c) poruchy metabolismu (zvýšené krevní tuky, zvýšený cholesterol, dna) c) metabolic disorders (increased blood fats, increased cholesterol, gout)	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, způsob léčby? What, when, for how long, incapacity for work, method of treatment?	hodnota: value:	datum měření: measurement date:
--	---	---	--------------------	------------------------------------

d) onemocnění štítné žlázy d) thyroid disease	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, potíže způsob léčby? What, when, for how long, incapacity for work, difficulties, method of treatment?	<input type="checkbox"/> zvýšená funkce štítné žlázy (hyperfunkce) increased thyroid function (hyperfunction)	<input type="checkbox"/> snížená funkce štítné žlázy (hypofunkce) decreased thyroid function (hypofunction)
--	---	--	--	--

e) onemocnění krve (poruchy srážlivosti, krvetvorby, anémie apod.) e) blood diseases (coagulation disorders, hematopoiesis, anemia, etc.)	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, způsob léčby? What, when, for how long, incapacity for work, method of treatment?
--	---	---

f) onemocnění pohybového aparátu (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, mezipatlavé ploténky, záda, šíje, ramena, záněty kloubů, revmatismus apod.) f) diseases of the musculoskeletal system (bones, joints, spine, muscles, ligaments, intervertebral discs, back, neck, shoulders, arthritis, rheumatism, etc.)	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, důvod, následky, lokalizace? Přetrvávají potíže a jaké? What, when, reason, consequences, localization? Problems persist and what?	Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?	<input type="checkbox"/> Ano/Yes
--	---	--	--	----------------------------------

g) epilepsie, závratě, obrna, bezvědomí, roztroušená skleróza, jiná neurologická onemocnění g) epilepsy, dizziness, paralysis, unconsciousness, multiple sclerosis, other neurological diseases	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho? U epilepsie uveďte typ grand/petit mal, počet záchvatů celkem, kdy byl poslední, způsob léčby? What, when, for how long? For epilepsy, indicate the type of grand/petit mal, the number of seizures in total, when was the last, the method of treatment?	U epilepsie vyřazen z neurologické evidence? For epilepsy, removed from the neurologist's register?	<input type="checkbox"/> Ano/Yes
--	---	---	--	----------------------------------

h) psychické obtíže a poruchy chování (únavový syndrom, deprese, neuroza, pokus o sebevraždu, poruchy chování apod.) h) mental difficulties and behavioral disorders (fatigue syndrome, depression, neurosis, suicide attempt, behavioral disorders, etc.)	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, pracovní neschopnost, hospitalizace, potíže, způsob léčby? What, when, for how long, incapacity for work, hospitalization, problems persist (what), method of treatment?	Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?	<input type="checkbox"/> Ano/Yes
---	---	--	--	----------------------------------

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) diseases of the digestive system (diaphragmatic hernia, gastric/duodenal ulcer, other stomach or intestinal problems, eg hemorrhoids, bleeding, inflammation, liver disease, gallbladder disease, pancreas, etc.)	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávající potíže a jaké? What, when, for how long, surgery, incapacity for work, method of treatment? Problems persist and what?	Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?	<input type="checkbox"/> Ano/Yes
--	---	---	--	----------------------------------

Rodné číslo Birth registration/national ID No.		
j) alergie, astma, jiná onemocnění dýchací soustavy (chronická bronchitida, zápal plic, plicní tuberkulóza apod.) <i>j) allergies, asthma, other diseases of the respiratory system (chronic bronchitis, pneumonia, pulmonary tuberculosis, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? <i>What, when, for how long, surgery, incapacity for work, method of treatment? Problems persist and what?</i> Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <i>Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?</i>
k) kožní onemocnění (ekzémy, lupénka apod.) <i>k) skin diseases (eczema, psoriasis, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? <i>What, when, for how long, surgery, incapacity for work, method of treatment? Problems persist and what?</i> Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <i>Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?</i>
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) <i>l) diseases of the urinary tract (diseases of the kidneys, urinary tract or bladder, prostate, urinary stones, blood or proteins in the urine), gynaecological diseases, breast diseases, diseases of the genital organs (including sexually transmitted)</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? <i>What, when, for how long, surgery, incapacity for work, method of treatment? Problems persist and what?</i> Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <i>Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?</i>
m) infekční onemocnění (žloutenka, mononukleóza, borelióza, tropická onemocnění, HIV pozitivita, AIDS apod.) <i>m) infectious diseases (jaundice, mononucleosis, borreliosis, tropical diseases, HIV positivity, AIDS, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? <i>What, when, for how long, surgery, incapacity for work, hospitalization, method of treatment? Problems persist and what?</i> Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <i>Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?</i>
n) krátkozrakost nebo dalekozrakost nad +/-7 dioptrií nebo jiné onemocnění/vady zraku nebo sluchu (snižená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, nedoslýchavost, hluchota apod.) <i>n) myopia or hyperopia above +/- 7 dioptres or other diseases/defects of sight or hearing (reduced visual acuity, retinal disease, cataracts, hearing loss, deafness, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké (vpravo x vlevo)? <i>What, when, for how long, surgery, incapacity for work, hospitalization, method of treatment? Problems persist and what (right x left)?</i> Dioptrie - současný stav (vpravo x vlevo): <i>Dioptr - current status (right x left):</i> Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <i>Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?</i>
o) jiná onemocnění (např. nezhoubné nádory, onemocnění imunitního systému apod.) <i>o) other diseases (eg benign tumours, diseases of the immune system, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Co, kdy, jak dlouho, operace, pracovní neschopnost, hospitalizace, způsob léčby? Přetrvávají potíže a jaké? <i>What, when, for how long, surgery, incapacity for work, hospitalization, method of treatment? Problems persist and what?</i> Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <i>Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?</i>
5. Užíváte nějaké léky po dobu delší než 3 týdny (kromě hormonální antikoncepce a volně prodejných léků)? <i>5. Are you taking any medication for more than 3 weeks (except for hormonal contraception and over-the-counter medications)?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Název léku, jak dlouho, jaké dávkování a důvod užívání? <i>Name of the drug, how long, what dosage and reason for use?</i>
6. Je u Vás plánován pobyt v nemocnici nebo operace? <i>6. Are you planning a hospital stay or surgery?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Kdy a pro jakou diagnózu? <i>When and for what diagnosis?</i>
Čekáte na výsledky nějakého vyšetření? <i>Are you waiting for the results of an examination?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Jaké a kdy bylo provedeno? Po obdržení nám zašlete lékařskou zprávu s výsledky podstoupeného vyšetření. <i>What and when was it done? Upon receipt, send us a medical report with the results of the examination.</i>
Je u Vás plánované vyšetření? <i>Is an examination planned for you?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Kdy a pro jakou diagnózu? <i>When and for what diagnosis?</i>
7. Byl/a jste v posledních 7 letech ve stavu nemocných nebo v pracovní neschopnosti déle než 3 týdny? <i>7. Have you been sick or incapacitated for more than 3 weeks in the last 7 years?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Od kdy, jak dlouho a pro jakou diagnózu? <i>Since when, for how long and for what diagnosis?</i>
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? <i>8. Have you been or are you currently recognized as 1st, 2nd, 3rd degree disabled? Have you or have you held a disability card? Have you or have you had a changed work ability?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Důvod, stupeň, od kdy? <i>Reason, degree, since when?</i>
9. Byl/a jste v posledních 7 letech operován/a nebo hospitalizován/a v nemocnici? Pobýval/a jste v posledních 7 letech v lázních či léčebně na doporučení lékaře? <i>9. Have you been operated on or hospitalized in the last 7 years in hospital? Have you stayed in a spa or treatment centre on the recommendation of a doctor in the last 7 years?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Kdy, kde a pro jakou diagnózu? <i>When, where and for what diagnosis?</i>
10. Utrpěl/a jste v minulosti úraz, který zanechal trvalé následky? <i>10. Have you suffered an accident in the past that has had lasting consequences?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Kdy, jaká část těla byla postižena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla postižena. Jaké trvalé následky úraz zanechal? <i>When, what part of the body was affected, to what extent? For paired limbs and organs, indicate which side was affected. What permanent consequences did the injury leave?</i>
11. Utrpěl/a jste v posledních 7 letech úraz? <i>11. Have you suffered an injury in the last 7 years?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Kdy, jaká část těla byla postižena, v jakém rozsahu? U párových končetin a orgánů uveďte, která strana byla postižena. <i>When, what part of the body was affected, to what extent? For paired limbs and organs, indicate which side was affected.</i>
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? <i>12. Is there a disease that you have not mentioned in questions 4.a-4.o because you suffered from it more than 7 years ago, but in the last 7 years, you visited a general practitioner or a specialist in connection with it?</i>	<input type="checkbox"/> Ne/No <input type="checkbox"/> Ano/Yes	Pro jakou diagnózu? <i>For what diagnosis?</i> Chodíte pravidelně na lékařskou kontrolu (alespoň 1x ročně)? <i>Do you have a regular medical check-up (at least once a year)?</i>

Přílohy a doplňující informace:
Attachments and additional information:

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.

DECLARATION OF THE INSURED

I am aware that, based on my answers to the questions in the questionnaire on the health condition of the insured, the Insurer will assess the accepted risk and decide on its acceptance. If such facts are found from the medical documentation that will prevent the assumption of risks to the extent considered, I agree that the insurance coverage should be additionally regulated in the insurance contract in the form of a new contractual arrangement.

I declare that all my answers to the written questions of the Insurer in this questionnaire are true and complete and I have provided all the information, including that which may seem irrelevant to me. I am aware that incomplete or false answers may result in withdrawal from the insurance contract or refusal of indemnity in accordance with the law and the insurance terms and conditions that I received when concluding the insurance contract.

ZMOCNĚNÍ PODLE ZÁKONA O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Uděluji 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, porčení 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 následovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se pacientům v plném rozsahu nesděluje.

AUTHORIZATION UNDER THE HEALTH SERVICE ACT

I grant in accordance with § 2828 of Act 89/2012 Coll. Civil Code, my consent to the Insurer to determine or verify my health for the purposes of determining the amount of insurance risk, the amount of insurance premium, changes to the insurance contract, investigation of the insured event or exercise of other rights and obligations under the insurance contract, especially in the form of inquiries to medical services), requests for the provision of medical reports, obtaining an extract or transcript from medical documentation, or from other records that relate to my medical condition; this authorization is valid even after my death and also applies to the determination of the cause of death.

I exempt in accordance with § 51 par. 2 let. b) of Act No. 372/2011 Coll., on health services and conditions of their provision, the relevant doctor or provider of health services in relation to the Insurer of confidentiality to the same extent to which the Insurer is entitled to request information or documents under the previous paragraph, and further according to how it is obliged to provide it to the patient under § 31 et seq. of the cited law, namely even if it is a diagnosis that is not fully communicated to patients.

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, najdete 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“.

PROCESSING OF PERSONAL DATA

The following section provides basic information about the processing of your personal data. More information, including the method of revoking the consent, the possibility of filing an objection in case of processing based on legitimate interest, the right of access and other rights, can be found in the document Information about personal data processing for personal insurance, which is permanently available on the website www.koop.cz in the section „O pojišťovně Kooperativa“.

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 pojistitel 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 pojistitel 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

PROCESSING OF SENSITIVE PERSONAL DATA

CONSENT TO THE PROCESSING OF HEALTH AND GENETIC DATA

The Insurer will, with your consent, process information relating to your physical and mental health, including data on the provision of health services indicating your state of health (hereinafter referred to as „**data on health status**“), as well as genetic data, for the purposes of modelling, offering and concluding an insurance contract, or its amendment, assessment of acceptability to insurance and reinsurance and co-insurance. For these purposes, the Insurer will process the data you provide to it in connection with this form, for the purpose of assessing the eligibility for insurance, it will also process data that has been obtained from you in connection with other concluded insurance contracts.

You give this consent for the duration of the contractual relationship. This consent to the processing of data on health status is voluntary, but is a condition for concluding or amending the insurance contract or accession to an insurance contract. You can revoke this consent at any time. Withdrawal of consent does not affect the lawfulness of the processing of health data and genetic data until the moment of revocation. You also have the right to request access to your personal data at any time.

Your Insurer may pass on data about your health and genetic data to reinsurers, which are VIG RE pojišťovna, a.s. (Czech Republic), VIENNA INSURANCE GROUP AG Wiener Versicherung Gruppe (Austria), Swiss Re Europa S.A. (Germany) and possibly other companies listed on the website www.koop.cz in the section „O pojišťovně Kooperativa“.

I agree

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.

PROCESSING DATA ABOUT YOUR HEALTH STATUS AND GENETIC DATA WITHOUT YOUR CONSENT

The Insurer will, without your consent, process data on your health and genetic data to the extent necessary for **determining, enforcing or defending legal claims**, for the purpose of settlement of the insured event, administration and termination of the insurance contract (except for changes to the insurance contract requiring assessment of insurance eligibility), the protection of legal claims and the prevention and detection of insurance fraud and other irregularities.

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 pojistitel 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 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.

INFORMATION ON THE PROCESSING OF PERSONAL DATA

Processing based on the legitimate interests of the insurer

The Insured acknowledges that his/her identification and contact data, data for needs assessment and assessment of insurance suitability, data for risk assessment when entering the insurance and data on the use of services are processed by the Insurer on the basis of **legitimate interest** for modelling, offer and conclusion of the insurance contract, assessment of insurance acceptability, administration and termination of insurance contracts and settlement of insurance claims, statistics and pricing of products, reinsurance and co-insurance, protection of legal claims of the Insurer and prevention and detection of insurance fraud and other illegal acts. You have the right to object to such processing at any time, which may be raised in the manner specified in the Information on the processing of personal data in personal insurance.

Processing for the purpose of fulfilling a legal obligation

The Insured acknowledges that the Insurer further processes identification and contact data, data for needs assessment and assessment of insurance suitability and data for risk assessment upon entering the insurance to **fulfill its legal obligation** arising in particular from the Act Regulating Insurance Distribution, Act No. 253/2008 Coll., On certain measures against the legalization of proceeds from crime and terrorist financing, Act No. 69/2006 Coll., On the implementation of international sanctions and Act No. 164/2013 Coll., On international cooperation in tax administration.

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 pojistitel 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 ON THE PROCESSING OF PERSONAL DATA OF A REPRESENTATIVE OF THE POLICYHOLDER OR THE INSURED

Processing based on the legitimate interests of the Insurer

The representative of a legal entity, legal representative or other person authorized to represent the Policyholder or the Insured acknowledges that its identification and contact information is processed by the Insurer on the basis of **legitimate interest** for modeling, offer and conclusion of the insurance contract, administration and termination of insurance, claims settlement, reinsurance and co-insurance, protection of legal rights of the Insurer and prevention and detection of insurance fraud and other illegal acts. Such person has the right to object to such processing at any time, which may be invoked in the manner specified in the Information about personal data processing for personal insurance.

Processing for the purpose of fulfilling a legal obligation

The representative of a legal entity, legal representative or other person authorized to represent the Policyholder or the Insured acknowledges that the Insurer further processes identification and contact information to **fulfill its legal obligation** arising in particular from the Act governing insurance distribution, Act No. 253/2008 Coll. measures against the legalization of proceeds from crime and terrorist financing, Act No. 69/2006 Coll., on the implementation of international sanctions and Act No. 164/2013 Coll., on international cooperation in tax administration.

By signing this form, you confirm that you have thoroughly acquainted yourself with the meaning and content of the Consent to the processing of health and genetic data and that you have read the document Information on the processing of personal data in personal insurance, especially with closer identification of other administrators, the scope of the processed data, legal bases (reasons), purposes and time of processing of personal data, the manner of revocation of consent and the rights that belong to you in this connection.

Dne

Date

20

Podpis pojistníka*

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

Policyholder's signature*

* If the Policyholder or the Insured is a minor, a legal representative signs for him/her.

Podpis pojištěného* (není-li totožný s pojistníkem)

Signature of the Insured* (if she/he is not identical with the Policyholder)

Jméno a příjmení zákonného zástupce
Name and surname of the legal representative

Vztah k pojištěnému/pojistníkovi
Relation to the Insured/Policyholder