



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Příloha komplexní úlohy



Národní pedagogický institut České republiky
Projekt Modernizace odborného vzdělávání (MOV)
Senovážné nám. 872/25, 110 00 Praha 1
www.projektmov.cz

k pojistné smlouvě číslo:



Wüstenrot, životní pojišťovna, a.s., Na Hřebenech II 1718/8, 140 23 Praha 4
IČO: 25720198, zapsaná v OR u Městského soudu v Praze, odd. B, vložka 5696
(dále jen „pojistitel“)

bezplatná infolinka: 800 22 55 55
www.wuestenrot.cz
kontakt@wuestenrot.cz

Důležité upozornění: Pojištěný je povinen uvést (příp. při prohlášení o zdravotním stavu zohlednit) všechny údaje úplně a pravdivě, a to i taková onemocnění či úrazy, které se mu jeví jako nepodstatné, neboť všechny údaje mají význam pro rozhodnutí pojistitele o ocenění přejímaného rizika a o přijetí návrhu na změnu pojistné smlouvy. Porušení této povinnosti může mít vliv na přijetí do pojištění nebo na plnění pojistitele v případě pojistné události.
Osobám se závažnějšími nebo aktuálními zdravotními problémy se doporučuje konzultovat věc předem s ošetřujícím lékařem.

V případě nedostatku místa u odpovědí na některou z níže uvedených otázek je možné použít rub tohoto formuláře. Údaje na rubové straně vždy označte číslem příslušné otázky a podepište.

Prohlášení pojištěného o zdravotním stavu
Jako pojištěný prohlašuji, že:

1. nejsem v současné době v pracovní neschopnosti, v lékařské péči nebo pod lékařskou kontrolou a pravidelně neužívám léky;

2. v posledních 12 (dvanácti) měsících předcházejících tomuto prohlášení jsem neutrpěl úraz a nebyla u mě zjištěna, ani léčena, a tedy ani netrvá, významná nemoc (jako např. nemoci srdce a krevního oběhu, páteře, kloubů, zažívacího ústrojí, zraku a sluchu; rakovina; HIV; AIDS; neurologická nebo chronická onemocnění);

3. nikdy v minulosti jsem neutrpěl úraz s trvalými následky a nemám tělesnou vadu nebo poruchu.

Dotaz k výše uvedenému prohlášení - pouze, je-li pojistná částka pro případ smrti v základním pojištění do 500 000 Kč včetně a nejsou-li sjednávána žádná připojištění.

Činite výše uvedené prohlášení? ☐ ano ☐ ne V případě záporné odpovědi je nutné zodpovědět níže uvedené dotazy ke zdravotnímu stavu.

Dotazy ke zdravotnímu stavu

1. Máte podán návrh nebo sjednáno(a) pojištění osob u jiné pojišťovny (pojištěven)?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano U které (kterých)?
2. Výška postavy a tělesná váha?	<input type="text"/> cm <input type="text"/> kg
3. Máte zdravotní problémy, jste pro nějaké onemocnění v lékařské péči (péči odborného lékaře)?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Jaké?
4. Jste v současné době v pracovní neschopnosti nebo Vám byl přiznán nárok na plný invalidní důchod a/nebo přiznána invalidita třetího stupně?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Od kdy? Proč?
5. Uvažujete vyhledat v nejbližší době lékařskou pomoc, podrobit se léčení nebo diagnostickému vyšetření?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Proč?
6. Byl/a jste vyšetřován/a specialistou? (uveďte také psychiatra či psychoterapeuta)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Kdy? Proč? U jakého specialisty?
7. Užíval/a jste někdy nebo užíváte nyní pravidelně léky, drogy, návykové látky? (vyjma vitamínů a antikoncepce)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Kdy? Proč? Jaké?
8. Byl/a jste v posledních 10 (deseti) letech operován/a?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Kdy? Proč?
9. Byl/a jste z nějakého důvodu hospitalizován/a, byl/a jste v rehabilitačním centru, lázních, léčebném ústavu nebo v jiném ošetření nebo je Vám to doporučováno?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Kdy? Proč?
10. Byl/a jste v posledních 3 (třech) letech v pracovní neschopnosti delší než 3 (tři) týdny?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Kdy? Proč? Jak dlouho?
11. Musel/a jste se podrobit někdy radioterapii, rentgenové nebo izotopové terapii?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Kdy? Proč?
12. Máte v současnosti nějaké anomálie nebo vady? (krátkozrakost nad 7 (sedm) dioptrií, nedoslýchavost, obrna, absence končetin, následky úrazů, zvlášť lebeční a mozková traumata apod.)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Jaké?
13. Byl Vám někdy přiznán nárok na částečný invalidní důchod a/nebo přiznána invalidita prvního nebo druhého stupně?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Kdy? Proč? Jaký stupeň?
14. Trpíte nebo trpěl/a jste někdy potížími či onemocněním páteře, kostí, kloubů? (uveďte druh léčby, užívané léky)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Od kdy? Jakým?
15. Trpíte nebo trpěl/a jste někdy alespoň jedním z následujících onemocnění: zvýšeným krevním tlakem, onemocněním srdce, krve, žaludku, střev, jater, žlučníku, slinivky břišní, plíc, kůže, ledvin, močového měchýře, pohlavního ústrojí, epilepsií, cukrovkou, dnou, nádorovým onemocněním (i nezhoubným, cysty, myomy), HIV/AIDS nebo jinými poruchami zdraví?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Čím? Kdy, kde a jak dlouho jste byl/a ošetřován/a?
16. Kouřil/a jste nebo kouříte? Kolik cigaret denně?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Jak dlouho? počet?
17. Konzumujete nebo konzumoval/a jste pravidelně alkohol? Denní spotřeba?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Jaký? Kolik?
18. Měl/a jste v posledních 5 (pěti) letech úraz(y)? (pokud ano, udejte druh a datum)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
19. Máte trvalé následky způsobené úrazem? (pokud ano, udejte poškození)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
20. Měl/a jste operaci kolenního, kyčelního nebo ramenního kloubu? (pokud ano, udejte datum a místo jejího provedení)	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano Kterého?

21. Pouze je-li sjednáváno připojištění vážných onemocnění a/nebo invalidního důchodu
Byla u Vašich rodičů nebo sourozenců před ukončeným 65. (šedesátým pátým) rokem života zjištěna některá z těchto nemocí: cukrovka, onemocnění srdce nebo oběhového systému, cévní mozková příhoda (mrtvice), onemocnění ledvin, rakovina, roztroušená skleróza, zvýšený krevní tlak nebo dědičné nemoci? ☐ ne ☐ ano

	Věk v době zjištění nemoci a druh nemoci	Věk v době smrti a příčina smrti
Matka		
Otec		
Sourozenci		

Jméno, příjmení a adresa ošetřujícího (popř. také odborného) lékaře	
Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele zde uvedené jsou pravdivé a úplné a v odpovědích jsem nezatajil nic podstatného. Pokud nejsou odpovědi psány mým rukopisem, stvrzuji, že jsem je ověřil a že jsou pravdivé. V případě nepravdivých a neúplných odpovědí může pojistitel od pojistné smlouvy odstoupit nebo odmítnout plnění, případně pojistné plnění přiměřeně snížit. Tento zdravotní dotazník je nedílnou součástí pojistné smlouvy.	
Jméno(a) a příjmení pojištěného, datum a podpis	