POJIŠŤOVNA
ČESKÉ SPOŘITELNY
VIENNA INSURANCE GROUP

0000000000Z1103

Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group, náměstí Republiky 115, Zelené Předměstí, 530 02 Pardubice, IČ: 47452820. Datum zápisu v OR vedeném KS v Hradci Králové 1. 10. 1992 v oddílu B a vložce 855.

Dotazník pojištěného

Z1103H

Pojištění: ☐ k úvěrům České spořitelny, a.s.
☐ k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.

POJISTITEL

Příjmení a jméno

Rodné číslo | Telefon

Adresa

Ulice | Č.p. | PSČ

Obec | Stát

E-mail

Výše úvěru | Doba splácení

☐ Nový úvěr č. ve výši

☐ Refinancování původního úvěru č. ve výši

☐ Konsolidace původních úvěrů č. ve výši

č. ve výši

☐ Dodatečné přistoupení v průběhu splácení úvěru č. ve výši

Úvěr byl zajištěn individuální pojistnou smlouvou č.

Soubor pojištění (zahrnuje pojištění pro případ smrti, invalidity a pracovní neschopnosti) A ☐ AA ☐

Soubor pojištění (zahrnuje pojištění pro případ smrti, invalidity, pracovní neschopnosti a ztráty zaměstnání) B ☐ BB ☐

Soubor pojištění (zahrnuje pojištění pro případ smrti, invalidity, pracovní neschopnosti a hospitalizace) Standard ☐ Standard Duo ☐

Soubor pojištění (zahrnuje pojištění pro případ smrti, invalidity, pracovní neschopnosti, hospitalizace a ztráty zaměstnání) Plus ☐ Plus Duo ☐

I. Údaje o lékaři

Odborný lékař, kterého pravidelně navštěvujete - uveďte jeho odbornost (název oddělení, které navštěvujete mimo praktického lékaře):	Pozn.: Neuvádějte preventivní prohlídky.

II. Povolání pojištěného

Povolání, pracovní zařazení (funkce), obor činnosti (odvětví):	

ZDRAVOTNÍ DOTAZY

Beru na vědomí, že odpovědi na následující zdravotní dotazy mají zásadní význam pro rozhodnutí pojišťovny, jak ohodnotí pojistné riziko, zda je pojistí a za jakých podmínek. Rozumím tomu, že v případě nepravdivého nebo neúplného zodpovězení těchto dotazů může pojišťovna od smlouvy odstoupit nebo odmítnout či snížit pojistné plnění.

III. Zaškrtněte pravdivě odpověď; v případě, že zvolíte možnost ANO, je nezbytné uvést další detaily.

1. a) Byl/a jste v posledních pěti letech v pracovní neschopnosti delší než čtyři týdny?	NE ☐	ANO ☐	a) Od kdy a s jakou diagnózou:
b) Vyžadovalo nějaké Vaše onemocnění či úraz pobyt a léčení v nemocnici nebo v jiném léčebném či zdravotnickém zařízení?	NE ☐	ANO ☐	b) Kdy, důvod:
c) Je u Vás v současné době plánován pobyt v nemocnici nebo operace?	NE ☐	ANO ☐	c) Kdy, důvod:

2. Jste uznán/a invalidním 1., 2., nebo 3. stupně?	NE ☐ ANO ☐	Důvod, stupeň a od kdy:
3. Jaká je Vaše váha a výška?	Výška: ____ cm Váha: ____ kg	
4. Kouříte (cigarety, doutníky apod.)?	NE ☐ ANO ☐	Uveďte počet denně a kolik let kouříte:
5. Pijete alkohol? pravidelně příležitostně	NE ☐ ANO ☐ NE ☐ ANO ☐	Druh alkoholu: Kolik denně: Jak dlouho:
6. Užíváte pravidelně léky, jste pod lékařským dohledem?	NE ☐ ANO ☐	Jaké, jak dlouho, dávkování:
7. Léčíte se nebo jste se léčil/a pro závislost na alkoholu nebo drogách?	NE ☐ ANO ☐	Pro jakou a kdy:
IV. Dopřesňující zdravotní dotazy		
1. Vyskytla se u Vás zhoubná onemocnění?	NE ☐ ANO ☐	Jaká, kdy a kdy byla ukončena léčba:
2. Podstoupil/a jste v posledních pěti letech speciální vyšetření (RTG, CT, MRI, EKG, EEG, ultrazvuk, endoskopie, ozařování aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Jaké, výsledek:
3. Byla u Vás zjištěna HIV pozitivita (AIDS)?	NE ☐ ANO ☐	Kdy, způsob léčby:
4. Máte jiné zdravotní problémy?	NE ☐ ANO ☐	Jaké:
V. Léčíte se nebo jste se v posledních sedmi letech léčil/a s chorobami nebo potížemi souvisejícími s: (Zaškrtněte pravdivě odpověď; v případě, že zvolíte možnost ANO, je nezbytné uvést další detaily – podtrhnout zdravotní problém, kterého se odpověď týká, a doplnit přesnou diagnózu či výsledek a rok vyšetření.)		
1. dýchacím systémem (astma, chronická bronchitida, zápal plic, plicní tuberkulóza aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Jak dlouho, způsob léčby:
2. srdcem a cévním systémem (vysoký krevní tlak, infarkt, vrozená srdeční vada, srdeční selhání, stavy bušení srdce, cévní mozková příhoda, zánět žil, křečové žíly aj.)?	NE ☐ ANO ☐	U vysokého krevního tlaku uveďte aktuální hodnotu:
3. nervovým systémem (epilepsie, závratě, obrna, roztroušená skleróza, postižení nervů, bolesti zad a pohybového aparátu aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Jak dlouho, způsob léčby:
4. psychickými potížemi (únavový syndrom, deprese, neuróza, pokus o sebevraždu, poruchy chování aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Jak dlouho, způsob léčby:
5. zažívacím systémem (břišní kýla, žaludeční, dvanácterníkový vřed, jiné žaludeční nebo střevní problémy, např. záněty, krvácení, hemoroidy, choroby jaterní, nemoci žlučníku, slinivky břišní aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Jak dlouho, způsob léčby:
6. močopohlavním systémem (choroby ledvin, močových cest nebo měchýře, prostaty, močové kameny, krev nebo bílkoviny v moči, gynekologické potíže aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Jak dlouho, způsob léčby:

(Z 1103H) 05/2018

7. imunitním systémem a infekčními chorobami (pohlavně přenosná onemocnění, infekční žloutenka, tropické nemoci, borelióza aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Druh a typ nemoci, rok diagnózy:
8. kožními chorobami (ekzémy, alergie, lupénka, rakovina kůže)?	NE ☐ ANO ☐	Druh nemoci, způsob léčby:
9. chorobami krve a metabolismu a jinými hormonálními poruchami?		
a) cukrovka	NE ☐ ANO ☐	a) Jaký typ, jak dlouho:
b) cholesterol	NE ☐ ANO ☐	b) Hodnota:
c) onemocnění štítné žlázy	NE ☐ ANO ☐	c) Hyperfunkce, nebo hypofunkce:
d) poruchy krvetvorby, srážlivosti	NE ☐ ANO ☐	d) Uveďte konkrétní diagnózu:
e) dna, chudokrevnost	NE ☐ ANO ☐	e) Druh nemoci:
10. zrakem nebo sluchem (krátkozrakost, dalekozrakost, snížená zraková ostrost, onemocnění sítnice, zákal, vady sluchu aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Vlevo x vpravo Dioptrie:
11. svalovým a kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, šlachy, záda, šíje, ramena, zánětý kloubů, revmatismus aj.)?	NE ☐ ANO ☐	Kdy, důvod, následky:

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námitky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, který je trvale dostupný na webové stránce www.pojistovnacs.cz v sekci „Ochrana osobních údajů“.

Zpracování osobních údajů se souhlasem

Souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu

Pojišťovna bude s vaším souhlasem zpracovávat informace týkající se vašeho tělesného a duševního zdraví, včetně údajů o poskytnutí zdravotních služeb vypovídajících o vašem zdravotním stavu a dále vaše genetické údaje obsažené ve zdravotní dokumentaci (dále jen „**údaje o zdravotním stavu**“), a to pro účely: nabídky a přijetí do pojištění, posouzení přijatelnosti do pojištění a zajištění. Pro tyto účely bude pojišťovna zpracovávat údaje, které jí poskytnete v souvislosti s tímto formulářem; pro účely posouzení přijatelnosti do pojištění bude pojišťovna zpracovávat i údaje, které od vás získala v souvislosti s jinými uzavřenými smlouvami.

Tento souhlas udělujete na dobu trvání procesu přijetí do pojištění a na dobu trvání pojištění. Tento souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu je dobrovolný, avšak je podmínkou přistoupení k rámcové smlouvě. Tento souhlas můžete kdykoliv odvolat. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování údajů o zdravotním stavu do okamžiku odvolání. Máte také právo kdykoliv požadovat přístup ke svým osobním údajům.

Údaje o vašem zdravotním stavu může pojišťovna předávat za účelem zajištění zajistitelům, kterými jsou společnosti **BNP Paribas Cardif Pojišťovna, a.s.** (ČR) a **Swiss Re Europa S.A.** (Německo) a případně další společnosti uvedené na internetových stránkách www.pojistovnacs.cz v sekci „Ochrana osobních údajů“.

☐ souhlasím

Zpracování osobních údajů bez souhlasu

Zpracování zejména na základě oprávněných zájmů pojišťovny

Berete na vědomí, že vaše 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 pojišťovna na základě **oprávněného zájmu** pro účely nabídky a přijetí do pojištění, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojištění, likvidace pojistných událostí, statistiky a cenotvorby produktů, zajištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoliv podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informačním listu o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy.

Dále berete na vědomí, že vaše údaje o zdravotním stavu zpracovává pojišťovna po přijetí do pojištění pro účely správy a ukončení pojištění s výjimkou změny varianty pojištění vyžadující posouzení přijatelnosti do pojištění, likvidace pojistné události, ochrany právních nároků pojišťovny, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků pojišťovny.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem Souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu a s Informačním listem o ochraně osobních údajů pro rámcové pojistné smlouvy, 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.

Datum

podpis pojištěného

Vyjádření oddělení vzniku a kontroly pojištění (jen pro vnitřní účely – vyplňuje pojistitel):

Datum

podpis

Tento dotazník se pojistiteli nezasílá v případě, že výše úvěru činí max. 4 999 999 Kč a současně je na všechny dotazy odpovězeno pojištěným záporně. Dotazník musí být založen k dokumentaci úvěrové smlouvy pojištěného (netýká se pojištění k úvěrům Stavební spořitelny České spořitelny, a.s.).