

Zdravotný dotazník

Poistený

Titul, meno, priezvisko poisteného	
Rodné číslo	
Číslo poistnej zmluvy	
Meno, adresa, telefónne číslo ošetrojúceho lekára (u žien aj gynekológa)	

Zdravotný dotazník pre záujemcu o poistenie

Výška (v cm).....

Váha (v kg).....

Pravák ☐

Ľavák ☐

Nie Áno

	Nie	Áno
1. Mali ste niekedy úraz, ktorý zanechal trvalé následky?	☐	☐
2. Vyžadovalo Vaše ochorenie alebo úraz v posledných 10 rokoch hospitalizáciu, pobyt v sanatóriu alebo v inom zdravotníckom zariadení? Máte plánovanú operáciu?	☐	☐
3. Trpíte, trpeli ste niektorým z týchto ochorení: choroba kostí, kĺbov (vrátane chrbtice), svalov a šliach alebo trvale používate ortopedické pomôcky? Ak áno , poprosíme uviesť od kedy, liečba, prípadne komplikácie.	☐	☐
4. Ste v súčasnej dobe práceneschopný? Ak áno , uveďte od kedy, ako dlho a dôvod.	☐	☐
5. Užívate pravidelne nejaké lieky? Ak áno , uveďte názov a dávkovanie lieku.	☐	☐
6. Konzumujete alkoholické nápoje? Ak áno , uveďte druh alkoholu a dennú spotrebu. Fajčili ste alebo fajčíte? Ak áno , uveďte od kedy, príp. do kedy, koľko cigariet denne.	☐	☐
7. Boli ste niekedy odporúčaný alebo ste sa podrobili liečbe v dôsledku užívania alkoholu, liekov alebo inej závislosti? Ak áno , uveďte kedy, ktoré, ako dlho, dôvod a či ste v evidencii poradne pre tieto závislosti.	☐	☐
8. Poberali ste, poberáte invalidný dôchodok, je zahájené v súčasnosti konanie o priznaní invalidného dôchodku? Ak áno , uveďte dôvod, od – do.	☐	☐
9. Máte, mali ste návrh/uzavreté životné, úrazové, nemocenské alebo iné poistenie v poisťovni Generali alebo v inej poisťovni? Ak áno , uveďte typ.	☐	☐
Boli ste niekedy liečený alebo hospitalizovaný pre nižšie uvedené ochorenia, poruchy zdravia alebo ste príznaky týchto ochorení, resp. porúch zdravia spozorovali?		
a) cukrovka (zvýšená hodnota cukru v krvi), porucha metabolizmu (napr. zvýšený cholesterol), štítnej žľazy alebo iné poruchy žliaz s vnútornou sekréciou, dna a iné,	☐	☐
b) ochorenia očí a uší (napr. náhle alebo výrazné zhoršenie zraku alebo sluchu, očný zákal, slepota, hluchota a iné). Ak nosíte okuliare alebo kontaktné šošovky uveďte počet dioptrií na každom oku zvlášť.	☐	☐
c) ochorenia nervového systému (napr. silné bolesti hlavy, závrate, mozgová príhoda, epilepsia, skleróza multiplex a iné),	☐	☐
10. d) ochorenie srdca a krvného obehu (napr. vysoký, kolísavý krvný tlak, búšenie srdca, bolesť na prsiach, infarkt, ischemická choroba srdca, iné),	☐	☐
e) ochorenia dýchacieho ústrojenstva (napr. dýchavičnosť, embólia, astma, TBC, chronický zápal priedušiek a iné)	☐	☐
f) ochorenia tráviaceho traktu (napr. choroby žalúdka, dvanástorníka, čriev, pečene, žlčníka, hnačky a iné),	☐	☐
g) ochorenia obličiek, močových ciest, alebo urologické ochorenia (napr. zápaly, kamene, choroby prostaty),	☐	☐

	Nie	Áno
h) gynekologické ochorenia a ochorenia prsníkov,	☐	☐
i) ochorenia krvi, lymfatických uzlín, poruchy imunity (okrem AIDS) a hlasiviek (napr. anémia, porucha zrážanlivosti krvi a iné ochorenia krvi),	☐	☐
j) duševné choroby (napr. demencia, Alzheimer) a/alebo duševné poruchy (napr. depresia),	☐	☐
10. k) rakovina či iné nádorové ochorenia (napr. zhubné i nezhubné, cysty, myómy),	☐	☐
l) podrobili ste rádioterapii, alebo chemoterapii,	☐	☐
m) často sa opakujúce alebo chronické infekčné vírusové, bakteriálne, plesňové ochorenie alebo ochorenie kože,	☐	☐
n) horúčky dlhšie trvajúce alebo neznámeho pôvodu, časté nočné potenie, zdurení lymfatických uzlín a iné,	☐	☐
11. Ste v súčasnej dobe tehotná?	☐	☐
12. Bolo Vám vykonané alebo prebieha vyšetrenie na zistenie HIV/AIDS alebo Hepatitídy typu C? Uvedte či ste liečený na HIV/AIDS pozitívnosť alebo Hepatitídu typu C, dôvod, od kedy, s akým výsledkom.	☐	☐
13. Vyskytli sa vo vašej rodine (do veku 65 rokov vrátane) cievne mozgové príhody (mŕtvica), epilepsia, duševné choroby, systémové ochorenia (napr. sklerodermia, lupus erythematosus), choroby srdca (napr. infarkt), krvného obehu a obličiek, vysoký krvný tlak, rakovina alebo iné nádorové ochorenia, cukrovka, poruchy metabolizmu tukov (napr. zvýšený cholesterol), nervové alebo duševné ochorenia (napr. skleróza multiplex, detská mozgová obrna)? Ak áno, uveďte koho sa ochorenie týka (otec, matka, súrodenci), názov choroby alebo príčinu smrti a vek žijúcich, resp. vek pri úmrtí.	☐	☐

Doplňujúce odpovede:

Dňa.....

Podpis poistníka

Podpis poisteného

Podpis zástupcu poisťovateľa

Generali Poist'ovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, tel.: 02/38 11 11 17, e-mail.: generali.sk@generali.com, www.generali.sk, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava, oddiel: Sa, vložka č.: 1235/B, IČO: 35709322, DIČ: 202100487, IČ DPH: SK2021000487, č. ú.: 0048134112/0200, IBAN: SK35 0200 0000 0000 48134112, SWIFT: SUBASKBX. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v talianskom zozname skupín vedenom IVASS.