

Dotazník pre Poistenie k Úveru



7112

PRIEZVISKO, MENO, TITUL KLIENTA	RODNÉ ČÍSLO KLIENTA
ADRESA KLIENTA	

Výška: _____ cm	Váha: _____ kg	ÁNO	NIE
1. Fajčíte alebo fajčili ste v posledných dvoch rokoch?		☐	☐
2. Pijete, alebo pili ste alkohol v množstve väčšom ako 1 l piva, 0,4 vína alebo 0,1 destilátu častejšie ako 4x do týždňa? Ak áno, uveďte množstvo alkoholu a ako často ho konzumujete.		☐	☐
3. Užívate alebo užívali ste drogy či iné návykové látky? Ak áno, uveďte názov návykovej látky a obdobie užívania.		☐	☐
4. Ste alebo boli ste vyšetrovaný, sledovaný alebo liečený pre onkologické ochorenie (vrátane rakoviny kože)?		☐	☐
5. Podstúpili ste z dôvodu onkologického ochorenia operáciu, chemoterapeutickú liečbu alebo liečbu ožarovaním?		☐	☐
6. Bola Vám zistená vrodená chyba, vrodené ochorenie?		☐	☐
7. Ste alebo boli ste vyšetrovaný, sledovaný alebo liečený u lekára za posledných 7 rokov pre nižšie uvedené zdravotné ťažkosti?		☐	☐
- srdcovo-cievne ochorenia (vysoký krvný tlak, ochorenie srdca a ciev)		☐	☐
- diabetes mellitus (cukrovka)		☐	☐
- poruchy metabolizmu (zvýšený cholesterol, zvýšené hodnoty iných laboratórnych výsledkov z krvi, hyperurikémia (Dna))		☐	☐
- ochorenie krvi (porucha zrážanlivosti, krvotvorby, anémia a pod.)		☐	☐
- ochorenie pohybového aparátu (kosti, kĺby, chrbtica, svaly, väzy, medzistavcové platničky, chrbát, šija, ramená, zápaly kĺbov, reumatizmus, artritída a pod.)		☐	☐
- epilepsia, závrate, obrna, bezvedomie, roztrúsená skleróza alebo iné neurologické ochorenie		☐	☐
- psychické problémy a poruchy chovania (únavový syndróm, depresia, neuróza, pokus o samovraždu, poruchy správania, závislosť na alkohole a drogách a pod.)		☐	☐
- ochorenie tráviaceho traktu (žalúdočný vred, iné žalúdočné alebo črevné problémy ako napr. hemoroidy, krvácanie, zápaly, črevné choroby, choroby žľazy, pankreasu a pod.)		☐	☐
- alergie, astma bronchiale, iné ochorenia dýchacej sústavy (chronická bronchitída, zápal pľúc, pľúcna tuberkulóza a pod.)		☐	☐
- ochorenie močového ústrojenstva (ochorenie obličiek, močových ciest, mechúra, prostaty, močové kamene, krv alebo bielkoviny v moči a pod.); gynekologické ochorenie; ochorenie prsníkov; ochorenie pohlavných orgánov (vrátane pohlavne prenosných)		☐	☐
- infekčné ochorenia (žltáčka, mononukleóza, borelióza, tropické ochorenia, HIV pozitívita, AIDS a pod.)		☐	☐
- krátkozrakosť alebo ďalekozrakosť na +/- 7 dioptrií alebo iné ochorenie, chyby zraku alebo sluchu (znížená zraková ostrosť, ochorenie sietnice, zákal, nedoslýchavosť, hluchota a pod.)		☐	☐
- iné ochorenia (napr. nezhubné nádory, ochorenia imunitného systému, postcovidový syndróm a pod.)		☐	☐
8. Užívate nejaké lieky po dobu dlhšiu ako 3 týždne (okrem hormonálnej antikoncepcie a voľne predajných liekov)?		☐	☐
9. Máte naplánovaný pobyt v nemocnici alebo operáciu? V prípade kladnej odpovede, uveďte termín plánovaného zákroku a o aké ochorenie prípadne úraz sa jedná.		☐	☐
10. Čakáte na výsledky nejakého vyšetrenia alebo je u vás naplánované vyšetrenie? V prípade kladnej odpovede uveďte presnú diagnózu (ochorenie / úraz)		☐	☐

11. Boli ste v posledných 7 rokoch v pracovnej neschopnosti dlhšie ako 3 týždne? V prípade kladnej odpovede uveďte presné diagnózy (ochorenia / úrazy). Uveďte dátum ukončenia PN.	☐	☐
12. Boli ste v posledných 7 rokoch operovaný alebo hospitalizovaný v nemocnici? Boli ste v posledných 7 rokoch v kúpeľoch alebo v liečebni na odporúčenie lekára? V prípade kladnej odpovede uveďte presnú diagnózu (ochorenie / úraz). Uveďte dátum kedy ste podstúpili operáciu / liečebný pobyt / hospitalizáciu.	☐	☐
13. Utrpeli ste v posledných 7. rokoch úraz, ktorý zanechal trvalé následky? V prípade kladnej odpovede uveďte aké následky úraz zanechal.	☐	☐

V prípade, ak ste odpovedali na niektorú z otázok „ÁNO“, prosíme o zaslanie kontrolných lekárskych nálezov spolu s Dotazníkom na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a. s., Vienna Insurance Group, Mlynské nivy 16, 821 09 Bratislava

Vyhlásenie Klienta

- Beriem na vedomie, že Poisťovne spracúvajú osobné údaje klienta a oprávnených osôb na účel uzatvorenia, správy a plnenia Poistenia k Úveru v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Bol som oboznámený s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú zároveň voľne dostupné na webových stránkach Poisťovni.
- Beriem na vedomie a súhlasím s tým, že:
 - v prípade spotrebných úverov Poisťovňa nie je povinná poskytnúť poistné plnenie v prípade pracovnej neschopnosti v príčinnej súvislosti s chorobou alebo úrazom, ku ktorým došlo alebo boli diagnostikované (alebo ktorých príznaky boli jednoznačne zistené), pred uzavretím poistenia k Úveru, ak k poistnej udalosti dôjde v priebehu prvých 12 mesiacov od začiatku poistenia;
 - v prípade úverov na bývanie poisťovňa nie je povinná poskytnúť poistné plnenie v prípade pracovnej neschopnosti v príčinnej súvislosti s chorobou alebo úrazom, ku ktorým došlo alebo boli diagnostikované (alebo ktorých príznaky boli jednoznačne zistené) v dobe 5 rokov pred uzavretím poistenia k Úveru, ak k poistnej udalosti dôjde v priebehu prvých 3 rokov od začiatku poistenia.
 Týmto nie je dotknuté uplatňovanie výluk z poistného plnenia tak, ako sú uvedené vo Všeobecných poistných podmienkach pre poistenie k úveru.

Dátum podpisu Dotazníka:	
Dátum podpisu Úverovej zmluvy*:	
Číslo úverovej zmluvy:	
Výška úveru:	

* neuvádzať v prípade, ak je Dotazník vyplňaný so Žiadosťou o úver

Svojim podpisom potvrdzujem, že som všetkým otázkam porozumel a odpovedal som na všetky otázky pravdivo a úplne. Som si zároveň vedomý, že nepravdivosť údajov môže mať za následok odmietnutie alebo obmedzenie Poistného plnenia alebo odstúpenie od Poistenia k úveru.

.....
podpis Klienta

Kontaktné údaje pracovníka Slovenskej sporiteľne:

Meno, priezvisko:
Pobočka:
e-mailová adresa: