

Informácie o zdravotnom stave poisteného

Číslo poisťnej zmluvy: **400.175**

A Meno, priezvisko a adresa ošetrojúceho lekára súčasného a tiež predchádzajúcich, ak došlo k zmene v priebehu posledného roku.

Pokiaľ odpoveď na akúkoľvek z nižšie uvedených otázok je kladná, uveďte, prosím, podrobnosti pri konkrétnom bode a doložte príslušné lekárske správy.

B Výška Hmotnosť

Došlo v priebehu posledného roku k zmene hmotnosti?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

C Koľko cigariet vyfajčíte denne? Aké množstvo alkoholických nápojov vypijete denne?

D Ktoré detské ochorenia ste prekonalí (osýpky, rubeola, nepravé kiahne, príušnice a pod.)?

E Boli ste už chorý (á) alebo trpíte na:

1 vysoký krvný tlak, choroby srdca, reumatickú horúčku alebo cukrovku?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

2 Rakovinu, pľúcne ochorenia, nervové poruchy alebo choroby zažívacieho traktu?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

F Mali ste röntgenové vyšetrenie, EKG, alebo boli ste inak diagnostikovaný (á) v posledných dvoch rokoch?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

G Bez ohľadu na tieto vyšetrenia, boli ste u lekára v posledných dvoch rokoch?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

H Máte v súčasnosti nejaké zdravotné problémy?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

I Ste v súčasnej dobe na niečo liečený (á)?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

J Uvažujete o tom, že vyhľadáte v najbližšej dobe lekársku pomoc, podrobíte sa liečeniu alebo diagnostickým vyšetreniam?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

K Podstúpili ste nejakú chirurgickú operáciu?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

L Ste v súčasnej dobe v pracovnej neschopnosti (ako dlho)?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

M Máte nejakú telesnú vadu alebo poberáte invalidný dôchodok? (uveďte podrobnosti)

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

N Máte niektorý z uvedených príznakov, ktorého príčinu si nedokážete vysvetliť:

slabosť, úbytok váhy, hnačky, zväčšené uzliny alebo kožné zmeny?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

O Bola niekedy Vaša žiadosť o životné poistenie odložená, odmietnutá alebo prijatá so zvláštnymi podmienkami (prosím, uveďte dátum a spoločnosť)?

ÁNO uveďte, prosím, podrobnosti NIE

Uvedte, prosím, podrobné informácie, týkajúce sa všetkých kladných odpovedí, doby ochorenia, uznesenia lekárov (rok), adresy, zdravotné zariadenia, kde ste sa liečili a mená a adresy Vašich súčasných lekárov:

Inštrukcie pre zamestnanca:

Zdravotný dotazník je určený pre zamestnanca, ktorý sa rozhodol vstúpiť do životného a úrazového poistenia po uplynutí 3 mesiacov od nástupu do zamestnania:

- 1 Vyplníte formulár Informácie o zdravotnom stave poisteného, ktorý nájdete buď v Zamestnaneckom centre alebo na Zamestnanecký portál.
- 2 Vyplníte odpovede na otázky A až O na prvej strane dokumentu.
- 3 Na všetky otázky, na ktoré ste odpovedali kladne (ÁNO) uvedte podrobné informácie, ohľadom doby ochorenia, uznesenia lekárov (rok), adresy, zdravotné zariadenia, kde ste sa liečili a mená a adresy Vašich súčasných lekárov.
- 4 Vyplňte Vaše osobné údaje a formulár podpíšte.
- 5 Formulár zašlite na adresu poisťovne uvedenú v záhlaví dokumentu, MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika.

Priezvisko a meno poisteného

Rodená Pohlavie: mužské ženské

Dátum a miesto narodenia

Rodné číslo Vek Stav

Týmto oprávňujem každého lekára, nemocnicu, poisťovaciu spoločnosť alebo osobu, ktorá disponuje informáciami o mojej osobe a o mojom zdraví, k poskytnutiu informácií, vzťahujúcich sa na prekonané ochorenia, pobyty v nemocnici, lekárske alebo diagnostické úkony alebo liečenia. Kópie tohto oprávnenia majú rovnakú platnosť ako originál. Ak odpovede nie sú napísané mojim rukopisom, potvrdzujem, že som ich overil a sú pravdivé.

V

Podpis

Dňa

MetLife Europe d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 105, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Po, Vložka č.:2699/B, organizačná zložka MetLife Europe designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 415123 (ďalej aj „poisťovateľ“). Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk v časti Služby pre vás/Informácie pre klientov.