

Dôverné

Dotazník o zdravotnom stave poisteného pre skupinové poistenie osôb

Priezvisko, meno, titul																													
Ulica, číslo, miesto																													
PSC								Telefón																					
Zamestnanie (prac. zarad.)																													
Zamestnávateľ																													
Č. skupinovej poisťnej zmluvy								Rodné číslo								/													

Meno, adresa, telefónne číslo lekára, u ktorého má poistený zdravotnú kartu v evidencii.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Výška poisteného	Hmotnosť poisteného
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg

- | | ÁNO | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fajčili ste v posledných 12 mesiacoch cigarety (klasické, elektronické, iné), cigary, fajku alebo ste inak užívali tabak? (ak áno, konkretizujte a uveďte denné množstvo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ste v súčasnej dobe práceneschopný? (ak áno, uveďte jej dôvod a dátum odkedy) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Utrpeli ste úraz, ktorý zanechal trvalé následky, alebo v posledných troch rokoch akýkoľvek úraz? (ak áno, uveďte aký úraz, kedy, dĺžku a spôsob liečby, následky úrazu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ste alebo boli ste liečení alebo sledovaní pre nižšie uvedené ochorenia alebo sa u Vás vyskytli ich príznaky: (ak áno, uveďte ochorenie/príznaky, odkedy, súčasný stav)
• ochorenie srdca, ciev, vysoký krvný tlak, mozgová alebo srdcová príhoda • nádorové ochorenie, ochorenie lymfatických uzlín • ochorenie pľúc a dýchacích ciest, astma • ochorenie krvi
• ochorenie tráviaceho traktu, zvýšené hodnoty krvných testov (cholesterol, triglyceridy, iné), ochorenie pečene, pankreasu, poruchy metabolizmu, cukrovka • ochorenie štítnej žľazy, endokrinného systému • ochorenie močového a pohlavného systému • AIDS, HIV-pozitivita, hepatitída, TBC; infekčné ochorenia, ktoré zanechali následky • nervové alebo psychické poruchy; chronický únavový syndróm • liečba v dôsledku užívania alkoholu, liekov, drog alebo inej závislosti, príp. odporúčenie na liečbu • poškodenie alebo ochorenie očí, uší • neuritída, ischias, reumatizmus, artritída, dna, psoriáza, ochorenie alebo poškodenie svalov, kostí, kĺbov, chrčtice • iné ochorenia, poškodenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Absolvovali ste v minulosti akúkoľvek operáciu alebo cisársky rez (u žien)? Máte v najbližších 6 mesiacoch plánovanú akúkoľvek operáciu? (ak áno, uveďte dôvod, diagnózu, dátum, nemocnicu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Užívate pravidelne lieky? (ak áno, uveďte názov lieku, odkedy, ako často) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Vyskytli sa u Vašich rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov ochorenia srdca, nádory, mozgová príhoda, skleróza multiplex, polycystické ochorenie obličiek, cukrovka, dedičné ochorenia, Alzheimerova alebo Parkinsonova choroba? na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia kritických chorôb | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ste uznaný invalidným alebo žiadali ste o invalidný dôchodok? (ak áno, uveďte dôvod, obdobie od - do, % poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Športujete? (ak áno, uveďte šport a spôsob vykonávania - rekreačne, amatérsky, profesionálne, ak v súťažiach, uveďte druh súťaže) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ste vystavený zvláštnym nebezpečenstvám pri pracovných alebo iných činnostiach, napr. silné žiarenie, výbušniny, potápanie, parašutizmus, rýchlostné preteky, súkromné a športové lety, horolezectvo, poľovníctvo, jazda na motocykli a pod.? (ak áno, konkretizujte druh činnosti a ako často za rok sa činnosti venujete) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Boli ste v posledných 2 rokoch dlhšie ako 4 týždne práceneschopný z dôvodu choroby alebo úrazu? (ak áno, uveďte dôvod, kedy a ako dlho trvala PN) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ste pravák? na túto otázku odpovedajte iba v prípade dojednaného poistenia trvalých následkov úrazu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



A 3 L M 5 2 5 5 0 1 V



A 3 L M 5 2 5 5 0 2 W

Ak ste na niektorú z otázok odpovedali „ÁNO“, uveďte, prosíme, číslo otázky a všetky podrobnosti podľa pokynov uvedených pri otázke.

Vyhlasenie poisteného

Vyhlasujem, že mi boli poskytnuté informácie vyplývajúce z platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov. Uvedené informácie sú uvedené v poisťných podmienkach ako aj na webovom sídle poisťovateľa. Beriem na vedomie, že mám právo požiadať poisťovateľa o poskytnutie týchto informácií v úplnom znení v tlačenej podobe. Pre prípad, že som uviedol osobné údaje inej osoby, zároveň potvrdzujem, že táto osoba mi udelila predchádzajúci písomný súhlas so spracúvaním svojich osobných údajov poisťovateľom na účely podľa platného zákona o poisťovníctve a som si vedomý toho, že som povinný preukázať poisťovateľovi kedykoľvek na jeho žiadosť, že disponujem uvedeným písomným súhlasom tejto osoby.

Vyhlasujem, že **všetky moje odpovede na písomné otázky poisťovateľa sú úplné a pravdivé.**

Som si vedomý(á), že **nepravdivé, či neúplné odpovede môžu mať za následok odstúpenie od zmluvy, alebo zníženie, či odmietnutie plnenia** v zmysle ustanovení Občianskeho zákonníka, poisťných podmienok a zmluvných dojednaní.

Vyhlasujem, že súhlasím s tým, aby poisťovateľ zisťoval a prešetroval môj zdravotný stav u všetkých lekárov, v zdravotníckych zariadeniach a zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť, v ktorých som sa liečil(a), liečim sa alebo sa budem liečiť. Splnomocňujem lekára, zdravotnícke zariadenie a zariadenia poskytujúce zdravotnícku starostlivosť k vyhotoveniu lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičaniu za účelom prípadných zmien poisťnej zmluvy a pre vybavovanie poisťnej udalosti i na dobu po mojej smrti. Zároveň zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči poisťovateľovi všetkých lekárov, ktorí ma liečia, liečili ma alebo ma budú liečiť, alebo s ktorými konzultujem, konzultoval(a) som alebo budem konzultovať svoj zdravotný stav.

Dátum

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

.....
Podpis poisteného
alebo jeho zákonného zástupcu

Oznámenie o spracúvaní osobných údajov

V súvislosti s prijatím nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 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) vám poskytujeme nasledovné informácie o spracúvaní osobných údajov.

1. Kto je prevádzkovateľom?

- v zmysle platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov je prevádzkovateľom osobných údajov **Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s.**, so sídlom Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, IČO: 00 151 700, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka č.: 196/B (ďalej aj ako „poisťovateľ“). Kontaktné údaje poisťovateľa uvedené v tomto bode sú zároveň kontaktnými údajmi zodpovednej osoby.

2. Ako a na aký účel získava a spracúva poisťovateľ vaše osobné údaje?

- účelom spracúvania osobných údajov klientov (poistníci a poistení), ich zástupcov, poškodených a iných oprávnených osôb (ďalej aj ako „dotknuté osoby“) je najmä výkon poisťovacej činnosti podľa platného zákona o poisťovníctve (napr. uzatvorenie poisťnej zmluvy, správa poistenia, ochrana a domáhanie sa práv poisťovateľa). Právnym základom spracúvania je najmä platný zákon o poisťovníctve, iné osobitné právne predpisy alebo súhlas dotknutej osoby. Uzatvorenie poisťnej zmluvy je dobrovoľné, avšak osobné údaje na tento účel je dotknutá osoba v zmysle platného zákona o poisťovníctve na žiadosť poisťovateľa povinná poskytnúť. Poskytnutie osobných údajov je podmienkou uzatvorenia poisťnej zmluvy. V prípade neposkytnutia týchto osobných údajov je poisťovateľ oprávnený odmietnuť poisťnú zmluvu uzatvoriť.
- podrobný zoznam účelov a právnych základov spracúvania je možné nájsť na webovom sídle poisťovateľa.
- osobné údaje získava poisťovateľ priamo od dotknutých osôb alebo prostredníctvom svojich sprostredkovateľov a tretích strán, ktorých podrobný zoznam je možné nájsť na webovom sídle poisťovateľa.

3. Aké osobné údaje bude o vás poisťovateľ spracúvať?

- zoznam a rozsah osobných údajov dotknutých osôb je uvedený najmä v platnom zákone o poisťovníctve.
- na poisťovacie účely uvedené v bode 2. a v súlade s platným zákonom o poisťovníctve a platným zákonom o ochrane osobných údajov ako právnym základom spracúva poisťovateľ osobné údaje, ktoré sú podľa platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov považované za osobitnú kategóriu, a to osobné údaje týkajúce sa zdravotného stavu v rozsahu nevyhnutnom na posúdenie rizika pri uzavretí poisťnej zmluvy, zistenie rozsahu povinnosti poskytnúť poisťné plnenie z poisťných zmlúv a likvidáciu poisťnej udalosti.

4. Vykonáva poisťovateľ profilovanie?

- poisťovateľ je v zmysle platného zákona o poisťovníctve alebo iných osobitných právnych predpisov oprávnený vykonávať profilovanie súvisiace s poisťovacím účelom, najmä upisovaním rizík (underwriting), posudzovaním škodovosti v rámci predzmluvných vzťahov alebo na účely predchádzania poisťným podvodom, a to v prípadoch predchádzajúcich podozrení na poisťný podvod alebo iné obdobné konanie. Dôsledkom profilovania môže byť najmä odmietnutie uzatvorenia poisťnej zmluvy zo strany poisťovateľa (upisovanie rizík, predchádzanie poisťným podvodom) alebo zohľadnenie škodovosti v úprave zmluvných podmienok.

5. **Kto bude mať prístup k vašim osobným údajom?**
 - osobné údaje dotknutých osôb môže poisťovateľ v zmysle platných právnych predpisov poskytnúť/sprístupniť príjemcom, ktorí majú postavenie samostatných prevádzkovateľov, a to najmä súdom, orgánom činným v trestnom konaní, iným orgánom verejnej moci, advokátom, správcom, znalcom alebo iným poisťovníam alebo poveriť spracúvaním osobných údajov sprostredkovateľov, ktorými sú najmä finanční agenti, obchodní zástupcovia, zmluvné servisy, spoločnosti zabezpečujúce a poskytujúce asistenčné služby alebo spoločnosti zabezpečujúce vymáhanie pohľadávok. Podrobný zoznam príjemcov je možné nájsť na webovom sídle poisťovateľa.
6. **Kde budú vaše osobné údaje spracúvané?**
 - osobné údaje dotknutých osôb spracúva poisťovateľ v krajinách Európskeho hospodárskeho priestoru (ďalej aj ako „EHP“), ale aj mimo neho, a to príjemcami podľa bodu 5. Vždy, keď poisťovateľ uskutočňuje prenos osobných údajov dotknutých osôb na spracúvanie mimo EHP inou spoločnosťou v rámci skupiny Allianz, robí tak na základe Závazných vnútropodnikových pravidiel skupiny Allianz (Allianz Privacy Standard), ktoré stanovujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov a sú právne záväzné pre všetky spoločnosti skupiny Allianz. Záväzné vnútropodnikové pravidlá skupiny Allianz a zoznam spoločností skupiny Allianz je/bude možné nájsť na webovom sídle poisťovateľa. Ak sa neuplatňujú Záväzné vnútropodnikové pravidlá skupiny Allianz alebo výnimky pre osobitné situácie prenosu podľa platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov, uskutočňuje poisťovateľ prenos osobných údajov mimo EHP len na základe štandardných zmluvných doložiek alebo vyžaduje od prevádzkovateľov a sprostredkovateľov iné primerané záruky v zmysle platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov.
7. **Aké sú vaše práva vo vzťahu k vašim osobným údajom?**
 - v zmysle platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov má dotknutá osoba: právo na prístup k jej osobným údajom a právo získať potvrdenie o tom, či sú o nej spracúvané osobné údaje; právo kedykoľvek súhlas odvolať; právo žiadať opravu a aktualizáciu osobných údajov; právo na výmaz osobných údajov; právo na obmedzenie spracúvania osobných údajov; právo získať osobné údaje v elektronickej podobe a právo podať sťažnosť u poisťovateľa alebo na Úrad na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky. Popis spôsobov a podmienok uplatnenia žiadosti dotknutej osoby je možné nájsť na webovom sídle poisťovateľa.
8. **Ako môžete namietať voči spracúvaniu vašich osobných údajov?**
 - v zmysle platných právnych predpisov upravujúcich ochranu osobných údajov má dotknutá osoba právo namietať proti spracúvaniu osobných údajov a žiadať ukončenie spracúvania osobných údajov, ak poisťovateľ spracúva osobné údaje dotknutej osoby na právnom základe oprávneného záujmu poisťovateľa alebo na právnom základe plnenia úloh poisťovateľa realizovaných vo verejnom záujme alebo pri výkone verejnej moci zverenej poisťovateľovi. Toto právo môže dotknutá osoba uplatniť rovnakým spôsobom ako ostatné práva uvedené v bode 7.
9. **Ako dlho uchováva poisťovateľ vaše osobné údaje?**
 - doba spracúvania osobných údajov je v súlade s platným zákonom o poisťovníctve najmenej v dĺžke 5 rokov odo dňa skončenia zmluvného vzťahu s klientom. Podrobný zoznam dôb spracúvania je možné nájsť na webovom sídle poisťovateľa.
10. **Ako často aktualizuje poisťovateľ toto oznámenie?**
 - aktuálne znenie informačnej povinnosti v podobe oznámenia o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovom sídle poisťovateľa.