

Jméno:
First name

Příjmení:
Surname

Datum narození:
Date of birth

Číslo pojistné smlouvy:
Insurance Policy No

Titul:
Academic title

Identifikace:
Identification
(rodné číslo / průkaz totožnosti)
(personal No. / ID card)

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou k datu podpisu úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění.

I hereby declare that all of the information I have provided herein is complete and accurate as at the date of signing and that I have not concealed any facts in relation to the insurance requested.

Bez vyplnění a podpisu tohoto dotazníku pojištěným nelze pojištění sjednat!

V případě uzavření pojistné smlouvy je tento vyplněný a podepsaný dotazník její nedílnou přílohou.

The insurance cannot be arranged without completing and signing this questionnaire!

In the event of concluding an insurance contract, this completed and signed questionnaire shall constitute its integral appendix.

Zvolenou variantu označte křížkem
Mark the selected option with a cross.

- 1) Máte v současné době nějaký zdravotní problém, bylo/je vám doporučováno nějaké vyšetření, léčení, operace případně je plánujete podstoupit, nebo čekáte na výsledky lékařských vyšetření nebo testů? (pokud ano, upřesněte)
Do you currently have any health problems, have you been/ are you advised or are you planning to undergo an examination, treatment, operation or are you waiting for the results of medical examinations or tests? Please specify. ANO YES NE NO
-
- 2) Bylo Vám zjištěno onemocnění, pro které jste/jste byl léčen nebo sledován (kromě běžných respiračních onemocnění), případně máte zjištěnou vrozenou vadu? (pokud ano, upřesněte)
Have you been diagnosed with an illness for which you have been treated (except for common respiratory diseases) or have you been diagnosed with a congenital defect? Please specify. ANO YES NE NO
-
- 3) Užíváte, nebo aplikujete pravidelně léky předepsané lékařem (kromě hormonální antikoncepce, vitamínů a potravinových doplňků)? (pokud ano, upřesněte)
Are you regularly taking or administering medications prescribed by a doctor? (excluding hormonal contraceptives, vitamins and dietary supplements) Please specify. ANO YES NE NO
-
- 4) Byl jste v posledních 3 letech hospitalizován, operován nebo ambulantně vyšetřován z důvodu nemoci nebo úrazu (kromě hospitalizace v souvislosti s porodem)? (pokud ano, upřesněte)
Have you in the last 3 years been hospitalised, operated on or treated as an outpatient for an illness or injury? (excluding hospitalisation related to childbirth) Please specify. ANO YES NE NO
-
- 5) Utrpěl jste kdykoli úraz, který zanechal trvalý následek? (pokud ano, uveďte poškozenou část těla a trvalý následek (např. omezení hybnosti, ochrnutí, poškození funkce, fyzická ztráta včetně určení vpravo/vlevo))
Have you ever suffered an injury that left a lasting effect? If so, please indicate the damaged part of the body and the lasting effect (for example, restricted movement, paralysis, impairment of function, physical loss including specification- right/left) Please specify. ANO YES NE NO
-
- 6) Byl jste/Jste nyní vyšetřován, nebo léčen (příp. v kontaktu) pro tuberkulózu, hepatitidy, AIDS, sexuálně přenosné choroby nebo jiné infekční onemocnění? (pokud ano, upřesněte)
Have you been/are you now being examined or treated (or in contact) for tuberculosis, hepatitis, AIDS, sexually transmitted diseases or other infectious diseases? Please specify. ANO YES NE NO
-
- 7) Užíval jste/užíváte návykové látky, trpěl jste/trpíte jakoukoli závislostí, byla Vám doporučena léčba v této souvislosti (alkohol, drogy, léky apod.)? (pokud ano, upřesněte)
Have you used/are you using any addictive substances, have you suffered/are you suffering from any addiction, have you been recommended treatment in this regard (alcohol, drugs, medicines, etc.)? Please specify. ANO YES NE NO
-
- 8) Jste profesionální sportovec? (pokud ano, upřesněte)
Are you a professional sportsman? Please specify. ANO YES NE NO

Prohlášení pojištěného

Prohlašuji, že všechny mnou uvedené údaje jsou k datu podpisu úplné a pravdivé a že jsem nezatajil žádné skutečnosti ve vztahu k požadovanému pojištění. Pokud se ukáže, že uvedené údaje jsou neúplné nebo se nezakládají na pravdě, beru na vědomí, že pojistitel může pojistné plnění snížit, případně od pojistné smlouvy odstoupit. Dále prohlašuji, že souhlasím, pro případ určení výše pojistného rizika, výše pojistného, resp. šetření pojistné události, s poskytnutím údajů o mém zdravotním stavu a opravňuji všechny dotazované poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny tyto informace, a to i po mé smrti, pojistiteli nebo osobám zplnomocněným pojistitelem sdělovat. Své prohlášení stvrzuji podpisem.

Declaration of the insured person

Should it be shown that the information provided herein is incomplete or not based on truth, I acknowledge that the insurer may reduce the insurance benefit or withdraw from the insurance, as the case may be. I further declare that, in case of determining the amount of the insurance risk, the amount of the premium, or investigating an insured event, to consent to providing information on my medical state and authorise all questioned healthcare providers and medical insurance companies to provide this information, even after my death, to the insurer or to persons authorised by the Insurer. I sign below as confirmation of my declaration.

Datum:
Date

Podpis pojištěného (zák. zástupce/opatrovníka):
Signature of the insured person (legal representative/guardian)
