

## Zdravotní dotazník a prohlášení – příloha pojistné smlouvy NN Orange Benefit

Příloha k pojistné smlouvě sjednané dle příslušných zákonných ustanovení (dále jen „zákon“) mezi společností NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČO: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“) jako pojistitelem na straně jedné a pojistníkem na straně druhé.

Pojistěný	<b>Titul</b>	<b>Jméno</b>	<b>Příjmení</b>			<b>Titul (za jm.)</b>	<b>Rodné příjmení (nepovinný údaj)</b>			
	<b>Rodné číslo</b>	<b>Datum narození</b>		<b>Místo narození (i stát, není-li v ČR)</b>			<b>Státní příslušnost</b>	<b>Pojistěný je</b> <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž		
	<b>Trvalé bydliště – Ulice</b>		<b>Č. popisné</b>	<b>Č. orientační</b>	<b>Obec</b>			<b>PSC</b>		
	<b>Pracovní činnost (zaměstnání, podnikání apod.)</b>				<b>Obor</b>			<b>RS<sup>1)</sup></b>	<b>Výsledná RS<sup>1)</sup></b>	<b>Výška</b> cm
	<b>Sportovní a volnočasová činnost</b>				<b>Provozována jako</b>			<b>RS<sup>1)</sup></b>	<b>Přirážka</b> %	<b>Váha</b> kg

**Poznámka:** Povinné údaje, které je nezbytné vyplnit v části Pojistěný, jsou vyznačeny tučně.

<sup>1)</sup> Pro účely produktu NN Orange Benefit se případná přirážka uplatní jen v případě rizikové skupiny „UW“, která znamená individuální posouzení. Zařazení do rizikových skupin RS1–4 nemá vliv na výši pojistného u produktu NN Orange Benefit.

### Rozsah otázek pro pojistné částky do 1,5 mil. Kč pro pojištění smrti (tarif SMTD-P1R) a 1,5 mil. Kč pro pojištění invalidity 3. stupně (tarif INVD-P1R).

**i Upozornění:** Dovolujeme si upozornit, že je nezbytné odpovídat úplně a pravdivě; v opačném případě máme právo snížit či odmítnout výplatu pojistného plnění nebo odstoupit od pojistné smlouvy.

1.	<b>Splňujete některou z následujících podmínek?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Máte nebo měl/-a jste přiznanou invaliditu jakéhokoli stupně nebo jste o ni podal/-a žádost.</li> <li>Jste držitelem průkazu ZTP, resp. ZTP/P.</li> <li>Jste v pracovní neschopnosti či práce neschopný/-á.</li> <li>Očekáváte výsledky vyšetření kvůli zdravotnímu problému vzniklému během posledního půl roku a/nebo jste objednan/-a na operační zákrok (netýká se kosmetických zákroků).</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
2.	<b>Máte nebo měl/-a jste takové zdravotní obtíže (viz specifikace nemocí), které si v posledních 10 letech vyžádaly návštěvu lékaře nebo odbornou pomoc?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>rakovina, rakovinový nádor nebo jakékoli onkologické onemocnění</li> <li>jakékoli duševní onemocnění (psychiatrická diagnóza) včetně léčení jakýkoli závislostí</li> <li>jakékoli onemocnění srdce nebo oběhového systému (např. vysoký krevní tlak, infarkt, mrtvice, zvýšené krevní tuky, ischemická choroba srdeční, EKG změny, srdeční šelest, onemocnění chlopně)</li> <li>jakékoli chronické onemocnění nebo metabolickou poruchu, zejm. roztroušená skleróza, diabetes, epilepsie, Crohnova nemoc nebo ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida, lupus apod. Není třeba uvádět běžné alergie.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
3.	<b>Utrpěl/-a jste během posledních 5 let úraz, který by zanechal trvalé následky nebo který není dosud doléčen?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
4.	<b>Trpíte vážnějším poškozením zraku nebo sluchu v následujícím rozsahu?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>onemocnění očí, pokud je počet dioptrií na jedno oko větší než 8,0</li> <li>onemocnění uší, pokud je celková ztráta sluchu vyšší než 40 dB (střední nedoslýchavost)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
5.	<b>Byl/-a jste v posledních 5 letech v pracovní neschopnosti či práce neschopný/-á déle než 28 kalendářních dnů?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

### Následující otázky je nutné vyplnit jen v případě vyšších pojistných částek (nad 1,5 mil. Kč pro pojištění rizika smrti a invalidity)

6.	<b>Trpíte nebo trpěl/-a jste zdravotními obtížemi, kvůli kterým jste byl/-a v uplynulých 12 měsících sledován/-a nebo objednan/-a do zdravotnického zařízení nebo vyšetřován/-a za účelem zjištění jejich příčiny – a to bez ohledu na to, zda byla stanovena diagnóza nebo vystavena pracovní neschopnost (jakékoli odběry, sono, magnetická rezonance, vyšetření CT, RTG, EEG, EKG, test HIV, kolonoskopie, endoskopie, lumbální punkce apod.)?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
7.	<b>Užíváte nějaké léky nebo jste nějaké léky v uplynulých 12 měsících déle než 2 týdny užíval/-a?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
8.	<b>Odmítla s Vámi některá pojišťovna uzavřít nebo vypověděla Vám v posledních 5 letech životní nebo úrazové pojištění, příp. odstoupila od takové smlouvy? Pokud ANO, uveďte prosím název pojišťovny/-en a důvod ukončení či odmítnutí.</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
9.	<b>Kouříte (včetně elektronických cigaret) nebo užíváte omamné či jiné návykové látky? Pokud ANO, uveďte prosím jak často (popř. kolik cigaret denně) a co (typ nebo název návykové látky).</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
10.	<b>Jste nebo byl/-a jste v posledních 10 letech hospitalizován/-a nebo operován/-a? (Týká se i hospitalizace za účelem vyšetření.) Pokud ANO, uveďte prosím kdy a důvod pobytu ve zdravotnickém zařízení.</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
11.	<b>Trpíte nějakou vrozenou vadou nebo deformitou části těla nebo vám byla část těla amputována?</b>	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE

Lékař	
-------	--

**Prohlášení – zdravotní stav a dokumentace:** Pojištěné osoby, resp. jejich zákonní zástupci, svým podpisem na tomto formuláři udělují souhlas, aby pojišťovna a jí určená zdravotnická zařízení kdykoli dle svého uvážení zjišťovaly a přezkoumávaly jejich zdravotní stav nebo zjišťovaly příčiny jejich smrti např. u policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Pojištěný zmocňuje všechny lékaře a zdravotnická zařízení, u kterých byl, je nebo bude léčen či ošetřen, a ostatní pojišťovny, u kterých byl veden jako pojištěný, k poskytování úplných informací o jeho zdravotním stavu v případě, že o ně pojišťovna požádá. Pojištěný rovněž zmocňuje státní orgány k poskytování údajů týkajících se jeho osoby v případě, že o ně pojišťovna v souvislosti s pojistnou smlouvou požádá. Pojištěné osoby tímto berou na vědomí, že zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou pověřeným zdravotnickým zařízením od ošetřujících lékařů a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením, kterým se v takovém případě zavazuje podrobit u zdravotnického zařízení určeného pojišťovnou. Ve smyslu ustanovení § 51 a násl., zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, pojištěný zprošťuje mlčenlivosti ošetřující nebo pojišťovnou pověřené lékaře a zdravotnická zařízení a souhlasí, aby sdělili pojišťovně ji požadované údaje o zdravotním stavu pojištěného a umožnili jí nahlédnout do zdravotní dokumentace, poříditi si z ní výpisy i kopie. Tento souhlas uděluje v plném rozsahu za účelem uzavření pojistné smlouvy, provedení změn v pojistné smlouvě, vyřizování pojistných událostí během života pojištěného i po jeho smrti a plnění závazků vyplývajících z pojistné smlouvy včetně dalších úkonů s ní souvisejících. Tímto uděluje pojištěný, resp. jeho zákonný zástupce, ve smyslu § 43 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, souhlas se zpřístupněním údajů z osobního účtu pojištěného vedeného zdravotní pojišťovnou, u které byl v posledních 12 měsících pojištěn, a sice ošetřujícímu lékaři a pověřenému lékaři pojišťovny. Pojištěný, resp. zákonný zástupce, souhlasí s tím, že údaje mohou být zpřístupněny i po smrti pojištěného.

**Souhlas se zpracováním osobních údajů:** Pojištěné osoby, resp. jejich zákonní zástupci výslovně souhlasí se zpracováním zvláštních kategorií osobních údajů, zejména údajů o svém zdravotním stavu, přičemž tyto údaje jsou zpracovávány za účelem: vytvoření nabídky pojištění, modelace pojištění, uzavření pojistné smlouvy. Zjišťování a vyhodnocování údajů o zdravotním stavu je nezbytné pro poskytnutí služby. Údaje o zdravotním stavu pojišťovna potřebuje pro stanovení pojistného rizika a výše pojistného. Bez souhlasu se zpracováním zvláštních kategorií osobních údajů nelze pojištění nabízet ani pojistnou smlouvu uzavřít. Upozorňujeme, že tento souhlas je udělován pro výše uvedené účely do doby uzavření pojistné smlouvy. Poté pojišťovna zpracovává osobní údaje z jiného právního důvodu. Vyjádřením tohoto souhlasu pojištěný potvrzuje, že porozuměl účelu zpracování jeho osobních údajů. Ucelená informace o zpracování osobních údajů pojišťovnou je umístěna na webových stránkách pojistitele a na portále [www.mojenn.cz](http://www.mojenn.cz). Pojišťovna proto doporučuje se seznámit se Zásadami zpracování osobních údajů pojišťovny, které jsou na tomto odkazu umístěny. Pokud k uzavření pojistné smlouvy nedojde, budou veškeré poskytnuté osobní údaje smazány. Pojištěný je oprávněn souhlas se zpracováním osobních údajů písemně odvolat do okamžiku uzavření pojistné smlouvy, a to na výše uvedené adrese pojišťovny. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

Datum podpisu

Jméno, příjmení, datum narození

Podpis pojištěného