

18. Užíváte nebo jste užíval(a) narkotika nebo drogy?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké a kdy?
19. Vyskytl se u Vás úraz (otrava) vyžadující pobyt, vyšetření v nemocnici (operaci), popř. další léčení? Je u Vás tento pobyt (operace) v současnosti plánován?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Kdy? Důvod, následky:
20. Vykonáváte povolání se zvýšeným rizikem úrazu, případně sportovní, zájmovou nebo jinou činnost se zvýšeným rizikem úrazu? Jakého druhu, u sportu na jaké úrovni či v jaké soutěži a jak často?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
21. Trpíte nebo jste v minulosti trpěl(a) obtížemi, onemocněními nebo úrazy souvisejícími se svalovým a kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, šlachy, záda, šíje, ramena, záněty kloubů, revmatismus aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
22. Trpěli nebo trpí někteří z Vašich přímých příbuzných (žijící či zemřelí) před 60. rokem věku srdečními nebo oběhovými chorobami, cévní mozkovou příhodou, rakovinou, ledvinovými onemocněními, cukrovkou, vysokým tlakem, psychickými poruchami, popř. jinými dědičnými onemocněními?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Uveďte chorobu, příbuzenský vztah a věk v době onemocnění (popř. v době úmrtí):
23. Pro žadatelky ženy: - jste těhotná? - měla jste někdy gynekologické potíže nebo onemocnění prsu?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Předpokládaný termín porodu:
24. Budou-li v návrhu, ve zdravotní nebo finanční dokumentaci zjištěny skutečnosti neumožňující pojistitelnost základního pojištění smrti z jakýchkoliv příčin na požadovanou pojistnou částku, souhlasím se snížením této částky na pojistitelnou výši (min. 10 000 Kč).	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
25. Budou-li v návrhu, ve zdravotní nebo finanční dokumentaci zjištěny skutečnosti neumožňující pojistitelnost doplňkového pojištění pro případ smrti z jakýchkoliv příčin, invalidity, vč. připojištění k invaliditě, zproštění od placení pojistného, trvalých následků úrazu, pracovní neschopnosti – nemoc, vč. připojištění úrazu k pracovní neschopnosti, denního odškodného – úraz, vč. připojištění k dennímu odškodnému, hospitalizace – úraz a nemoc, invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty, souhlasím se změnou pojištění na pojištění bez uvedených rizik případně se snížením pojistných částek u uvedených rizik.	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
26. Budou-li v návrhu nebo ve zdravotní dokumentaci zjištěny skutečnosti neumožňující pojistitelnost velmi vážných onemocnění v požadovaném rozsahu, souhlasím se změnou rozsahu pojištění na pojištění bez velmi vážných onemocnění nebo se snížením pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění nebo s vyřazením onemocnění, na která nemohu být přijat do pojištění.	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	

Pojistitel při změně rozsahu pojištění nesnižuje automaticky požadované pojistné uvedené v návrhu. V souvislosti se změnou rozsahu pojištění může pojistník písemně požádat o snížení pojistného.

Jsem si vědom(a) toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku provede Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group ocenění přejímaného rizika a rozhodne o jeho přijetí. Prohlašuji, že jsem na všechny uvedené dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně. Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení §27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl(a) ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován(a) o zpracování mých osobních údajů, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Datum

Podpis pojistníka, 1. pojištěného

Vyjádření zdravotního oddělení k návrhu pojištění (Jen pro vnitřní účely – vyplňuje pojistitel)

kód zajištění	<input type="text"/>	kód zajišťovny	<input type="text"/>	poměr zajištění (v případě více smluv u pojištěného)	<input type="text"/>
výpis ze zdravotní karty	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO			
lékařská prohlídka	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	fakultativní zajištění	<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO
základní životní pojištění					
roční pojistné při zvýšeném qx					
úraz					
trvalé následky úrazu					
vyluka:	- zproštění od placení				
	- z pojistného plnění				
důvod:					
Datum	<input type="text"/>			Podpis	<input type="text"/>

18. Užíváte nebo jste užíval(a) narkotika nebo drogy?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Jaké a kdy?
19. Vyskytl se u Vás úraz (otrava) vyžadující pobyt, vyšetření v nemocnici (operaci), popř. další léčení? Je u Vás tento pobyt (operace) v současnosti plánován?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Kdy? Důvod, následky:
20. Vykonal(a) povolání se zvýšeným rizikem úrazu, případně sportovní, zájmovou nebo jinou činnost se zvýšeným rizikem úrazu? Jakého druhu, u sportu na jaké úrovni či v jaké soutěži a jak často?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
21. Trpíte nebo jste v minulosti trpěl(a) obtížemi, onemocněními nebo úrazy souvisejícími se svalovým a kosterním systémem (kosti, klouby, páteř, svaly, vazy, meziobratlové ploténky, šlachy, záda, šije, ramena, záněty kloubů, revmatismus aj.)?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
22. Trpěli nebo trpí někteří z Vašich přímých příbuzných (žijící či zemřelí) před 60. rokem věku srdečními nebo oběhovými chorobami, cévní mozkovou příhodou, rakovinou, ledvinovými onemocněními, cukrovkou, vysokým tlakem, psychickými poruchami, popř. jinými dědičnými onemocněními?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Uveďte chorobu, příbuzenský vztah a věk v době onemocnění (popř. v době úmrtí):
23. Pro žadatelky ženy: - jste těhotná? - měla jste někdy gynekologické potíže nebo onemocnění prsu?	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	Předpokládaný termín porodu:
24. Budou-li v návrhu, ve zdravotní nebo finanční dokumentaci zjištěny skutečnosti neumožňující pojistitelnost smrti z jakýchkoliv příčin na požadovanou pojistnou částku, souhlasím se snížením této částky na pojistitelnou výši (min. 10 000 Kč)	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
25. Budou-li v návrhu, ve zdravotní nebo finanční dokumentaci zjištěny skutečnosti neumožňující pojistitelnost plné invalidity, zproštění od placení pojistného, trvalých následků úrazu, pracovní neschopnosti – nemoc, denního odškodného – úraz, hospitalizace – úraz a nemoc, plné invalidity nebo dlouhodobé péče s výplatou doživotní renty, souhlasím se změnou pojištění na pojištění bez uvedených rizik případně se snížením pojistných částek u uvedených rizik.	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	
26. Budou-li v návrhu nebo ve zdravotní dokumentaci zjištěny skutečnosti neumožňující pojistitelnost velmi vážných onemocnění v požadovaném rozsahu, souhlasím se změnou rozsahu pojištění na pojištění bez velmi vážných onemocnění nebo se snížením pojistné částky pro pojištění velmi vážných onemocnění nebo s vyrazením onemocnění, na která nemohu být přijat do pojištění.	NE <input type="checkbox"/>	ANO <input type="checkbox"/>	

Pojistitel při změně rozsahu pojištění nesnižuje automaticky požadované pojistné uvedené v návrhu. V souvislosti se změnou rozsahu pojištění může pojistník písemně požádat o snížení pojistného.

Jsem si vědom(a) toho, že na základě mých odpovědí na otázky v dotazníku provede Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group ocenění přejímaného rizika a rozhodne o jeho přijetí. Prohlašuji, že jsem na všechny uvedené dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně. Souhlasím s tím, aby Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group zpracovávala ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), mé osobní údaje a citlivé údaje o zdravotním stavu (dále jen „osobní údaje“) v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovnictvím a zajišťovací činností podle ustanovení § 1 a § 2 zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích z tohoto smluvního vztahu. Dále souhlasím s tím, aby mé osobní údaje byly poskytnuty i ostatním subjektům podnikajícím v oblasti pojišťovnictví, bankovníctví a jiných peněžních služeb k marketingovým účelům a poskytování služeb v rámci Finanční skupiny České spořitelny, a.s., a pojišťovací skupiny Vienna Insurance Group; případně asociacím těchto subjektů. Ve smyslu ustanovení §27 zákona souhlasím s předáváním mých osobních údajů do jiných států. Poskytnuté údaje bude zpracovávat Pojišťovna České spořitelny, a.s., Vienna Insurance Group nebo pověřený zpracovatel v souladu s ustanoveními zákona. Prohlašuji, že jsem byl(a) ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován(a) o zpracování mých osobních údajů, mých právech a povinnostech zpracovatelů údajů.

Datum

Podpis pojistníka, 2. pojištěného

Vyjádření zdravotního oddělení k návrhu pojištění (Jen pro vnitřní účely – vyplňuje pojistitel)

kód zajištění <input type="text"/>	kód zajišťovny <input type="text"/>	poměr zajištění (v případě více smluv u pojištěného) <input type="text"/>
výpis ze zdravotní karty	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	
lékařská prohlídka	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	fakultativní zajištění <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
základní životní pojištění		
roční pojistné při zvýšeném qx		
úraz		
trvalé následky úrazu		
výluka:	- zproštění od placení - z pojistného plnění	
důvod:		

Datum

Podpis