

INDIVIDUÁLNE ZDRAVOTNÉ POISTENIE CUDZINCOV NA ÚZEMÍ SR

| | | |
|---|-------------|--|
| Meno | Priezvisko | Štátna príslušnosť |
| Adresa prechodného bydliska v SR (ulica, č.d., PSČ, mesto) | | |
| Dátum narodenia (DDMMRRRR) | Rodné číslo | Pohlavie <input type="checkbox"/> muž <input type="checkbox"/> žena |
| Zmena hmotnosti za posledných 12 mesiacov + kg / - kg | | Výška (cm) |
| | | Hmotnosť (kg) |
| Poistenie žiadam na dobu od: | | do: |

Pravdivé údaje v nasledovnej časti označte krížikom ☒ a podrobné údaje doplňte podľa predlohy.

| | | | |
|---|-------------------|--|--------|
| 1. Fajčíte? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno | Ak áno, ako dlho? | Množstvo | ks/deň |
| 2. Uvedte účel Vášho pobytu | | Akú pracovnú činnosť na území SR vykonávate? | |
| 3. Mali ste alebo máte niektoré z uvedených alebo iné zdravotné ťažkosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ak áno, uveďte: | | | |
| Aké Kedy začali Kedy skončili | | | |
| Aké Kedy začali Kedy skončili | | | |
| (búšenie srdca, bolesti na hrudníku, záchvaty kýchania a kašľania, ranný kašeľ, krvácanie z nosa a dýchacích ciest, namáhavé dýchanie, závraty, zvracanie, hnačka, krv v stolici, zmeny na koži, bolesti pri močení, bolesť hlavy, psychické vyčerpanie, nespavosť / zvýšená spavosť, opuchy, bolesti kĺbov, bolesti chrčtice, kŕče, poruchy zraku, poruchy sluchu) | | | |
| 4. Boli ste v posledných 2 rokoch vyšetrovaný, sledovaný alebo liečený pre nejaké ochorenie, resp. ťažkosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno | | | |
| Aký zdravotný problém | | | |
| Kedy po prvýkrát Kedy naposledy Názov zdravotníckeho zariadenia | | | |
| Akým spôsobom bol tento problém liečený? <input type="checkbox"/> ambulantne <input type="checkbox"/> hospitalizáciou <input type="checkbox"/> operáciou <input type="checkbox"/> liekmi <input type="checkbox"/> iným spôsobom (uveďte akým) | | | |
| | | | |
| Aké Vám boli dané odporúčania? | | | |
| Bolo vyšetrenie, sledovanie alebo liečenie ukončené? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ak áno, kedy? | | | |
| Aké následky Vám ochorenie, resp. ťažkosti zanechali? | | | |
| 5. Plánujete alebo je Vám odporúčané počas najbližších 2 rokov vyšetrenie, ošetrovanie, liečba, operácia, hospitalizácia, preventívna prehliadka, kontrolná prehliadka? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ak áno, uveďte, čo plánujete alebo je Vám odporúčané | | | |
| | | | |
| Kedy Kde Dôvod | | | |
| 6. Užívate nejaké lieky? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ak áno, uveďte aké | | | |
| 7. Utrpeli ste úraz, zranenie alebo otravu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ak áno, uveďte: | | | |
| Aké Kedy Následky | | | |
| 8. V prípade, že ste mali alebo máte ochorenie srdca alebo ciev, uveďte aktuálnu hodnotu tlaku krvi / | | | |
| 9. LEN PRE ŽENY: Ste tehotná? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ak áno, v ktorom týždni gravidity ste? <input type="text"/> týždeň | | | |
| Je Vaše tehotenstvo sledované lekárom? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Je Vaše súčasné tehotenstvo rizikové? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno | | | |

Vyhĺasenie klienta

V prípade nedostatku priestoru v predtlačeních políčkach použite osobitnú prílohu!

Týmto vyhlasujem, že otázkam uvedeným v tomto zdravotnom dotazníku som porozumel/a, všetky odpovede na ne sú pravdivé, úplne a žiadne skutočnosti som nezamlčal/a. Som si vedomý/á možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo nesprávnych informácií o zdravotnom stave poisteného (odstúpenie od zmluvy, odmietnutie poistného plnenia). Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje a osobné údaje poisteného, vrátane informácií o ich zdravotnom stave v rozsahu nevyhnutnom na posúdenie rizika pri uzavretí alebo zmene poistnej zmluvy a pri likvidácii poistných udalostí. Splnomocňujem poisťovateľa, aby získal údaje o mojom zdravotnom stave, a to od lekárov a/alebo zdravotníckych zariadení, u ktorých mi bola alebo bude poskytnutá zdravotná starostlivosť. Zároveň dávam poisťovateľovi súhlas na poskytnutie poradenských služieb prostredníctvom telefónu pri vyplnení dotazníka, aj v prípade, že niektoré z vyššie uvedených odpovedí nie sú úplné, dostatočné alebo jednoznačné. Toto vyhlásenie nebolo urobené pod nátlakom ani v časovej tiesni alebo za iných nevýhodných podmienok, ktoré by mohli spôsobiť nesprávne alebo neúplné poskytnutie informácií, čo potvrdzujem svojím podpisom.

V dňa


 podpis klienta

Získateľ (meno, priezvisko, pracovisko, kontaktné tel. číslo)

Súhlas klienta so spracovaním osobných údajov

1. Týmto dávam súhlas spoločnosti Union poisťovňa, a.s. so sídlom na Karadžičovej 10, 813 60 Bratislava, na spracovanie mojich osobných údajov v rozsahu meno, priezvisko, rodné číslo, dátum narodenia a informácie o povolání, zdravotnom stave, výške, hmotnosti, účele pobytu, o fajčení a o poskytnutých zdravotných výkonoch na účely evidencie potenciálnych klientov pre uzatvorenie poisťnej zmluvy v budúcnosti. Osobné údaje nebudú sprístupnené alebo poskytnuté iným subjektom alebo zverejnené.
2. Súhlas so spracúvaním osobných údajov podľa bodu 1 je daný na dobu maximálne 2 rokov a je možné ho kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním. Odvolať súhlas je možné písomne zaslaním listu na adresu spoločnosti alebo emailu na elektronickú adresu dataprotection@union.sk.

3. **Dotknutou osobou** je žiadateľ o poistenie.

4. Prijemcovia osobných údajov

Osobné údaje môžu byť poskytnuté:

- spoločnosti, ktorá zabezpečuje digitalizáciu dokumentov poisťovateľa: NUPSESO, a.s., IČO: 36525791,
- spoločnosti vykonávajúcej činnosť archívneho strediska a správy registratúry: IRON MOUNTAIN SLOVAKIA, s.r.o., IČO: 36232734.

5. Práva dotknutej osoby:

Dotknutá osoba má v súvislosti so spracúvaním jej osobných údajov tieto práva voči poisťovateľovi:

- 5.1. Právo získať potvrdenie o tom, či sa spracúvajú osobné údaje, ktoré sa jej týkajú, a ak tomu tak je, má právo získať prístup k týmto osobným údajom spolu s informáciami uvedenými v tomto poučení.
- 5.2. Právo na to, aby poisťovateľ opravil jej nesprávne osobné údaje a aby doplnil jej neúplné osobné údaje.
- 5.3. Právo na vymazanie (zabudnutie) jej osobných údajov, ak tieto už nie sú potrebné na účely, na ktoré sa získavali alebo inak spracúvali.
- 5.4. Právo na to, aby Poisťovateľ obmedzil spracúvanie jej osobných údajov, ak:
 - dotknutá osoba napadne správnosť osobných údajov, a to počas obdobia overovania ich správnosti,
 - spracúvanie je protizákonné a dotknutá osoba namieta proti vymazaniu osobných údajov a žiada namiesto toho obmedzenie ich použitia,
 - poisťovateľ nepotrebuje osobné údaje na účely spracúvania, ale potrebuje ich dotknutá osoba na preukázanie, uplatňovanie alebo obhajovanie nárokov.
- 5.5. Právo získať osobné údaje, ktoré sa jej týkajú a ktoré poskytla poisťovateľovi, a tiež právo preniesť tieto údaje ďalšiemu prevádzkovateľovi.
- 5.6. Právo namietať proti spracúvaniu jej osobných údajov u poisťovateľa.
- 5.7. Právo podať sťažnosť na Úrade pre ochranu osobných údajov, ak sa domnieva, že spracúvanie osobných údajov zo strany poisťovateľa, ktoré sa jej týka, je v rozpore s právnymi predpismi na ochranu osobných údajov.
- 5.8. Právo u Poisťovateľa namietať a nepodrobiť sa jeho rozhodnutiu, ktoré by malo pre ňu právne účinky alebo významný dosah, ak sa takéto rozhodnutie vydá výlučne na základe úkonov automatizovaného spracúvania osobných údajov. Dotknutá osoba má právo žiadať Poisťovateľa o preskúmanie vydaného rozhodnutia metódou odlišnou od automatizovanej formy spracúvania, pričom Poisťovateľ je povinný žiadosti vyhovieť a to tak, že rozhodujúcu úlohu pri preskúmaní rozhodnutia budú mať zamestnanci poisťovateľa. O spôsobe preskúmania a výsledku zistenia poisťovateľ informuje dotknutú osobu v lehote do 30 dní od prijatia žiadosti.
- 5.9. Právo požiadať o preukázanie totožnosti osoby poverenej získavaním osobných údajov.
- 5.10. Ak osobné údaje neboli získané od dotknutej osoby, dotknutá osoba má právo získať informáciu z akého zdroja pochádzajú jej osobné údaje, prípadne informácie o tom, či údaje pochádzajú z verejne prístupných zdrojov.

Ak dotknutá osoba nemá spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu jej práva môže uplatniť zákonný zástupca.

Ak dotknutá osoba nežije, jej práva, ktoré mala podľa právnych predpisov v oblasti ochrany osobných údajov, môže uplatniť osoba blízka.

Dotknutá osoba môže uplatniť svoje právo:

- a) písomne na adrese sídla poisťovateľa alebo na elektronickej adrese dataprotection@union.sk,
- b) osobne ústnou formou do zápisnice, z ktorej musí byť zrejmé, kto právo uplatnil, čoho sa domáha a kedy a kto vyhotovil zápisnicu, jeho podpis a podpis dotknutej osoby; kópiu zápisnice je poisťovateľ povinný odovzdať dotknutej osobe,
- c) u sprostredkovateľa podľa písmena a) alebo písmena b), pričom je ten povinný túto žiadosť alebo zápisnicu odovzdať poisťovateľovi bez zbytočného odkladu.

6. Osobné údaje nebudú zverejnené.