

**Obchodné meno, sídlo, právna forma a registrácia Poistovne:**

AEGON Životná poisťovňa, a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 979 356, DIČ: 2022134345, Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka číslo: 3810/B, (ďalej len „Poistovňa“) www.aegon.sk, aegon@aegon.sk, 0850 123 466

Číslo poisťnej zmluvy/  
číslo návrhu poisťnej zmluvy

**POISTENÉ DETI (do 16 rokov)**

Meno a priezvisko dieťaťa	Pohlavie	Rodné číslo	Športová činnosť/ voľno-časová aktivita
1. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
2. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
3. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
4. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
5. <input style="width: 80%;" type="text"/>	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Výška

DIEŤA 1  cm

DIEŤA 2  cm

DIEŤA 3  cm

DIEŤA 4  cm

DIEŤA 5  cm

Váha

kg

kg

kg

kg

kg

Všeobecný ošetrojúci lekár (meno, priezvisko, mesto):

profesionálne   
  amatérsky   
  rekreačne

**ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK**

	Dieťa 1	Dieťa 2	Dieťa 3	Dieťa 4	Dieťa 5	
	áno	nie	áno	nie	áno	nie
Je dieťa ľavák?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Má dieťa dioptrie väčšie ako +/- 8?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Je dieťa v súčasnosti zdravé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Odmietla s dieťaťom už nejaká poisťovňa uzavrieť životné, úrazové poistenie alebo poistenie kritických chorôb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trpí dieťa nejakým vrodeným alebo vývojovým ochorením, ako sú hydrocefalus, vrodené srdcové ochorenie, vrodený rászštep pier, podnebia, cystická fibróza, malformácie tráviaceho alebo uro-genitálneho systému, vrodené deformity svalovo – kostrového systému, malformácie CNS, spina bifida, poruchy sluchu, poruchy zraku alebo iné?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Malo dieťa problémy v období pred narodením alebo po narodení, ako je poškodenie mozgu, ochrnutie, ťažké poruchy dýchania, ťažká žltacka, krvácanie alebo iné?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trpí alebo trpelo dieťa niektorým z nasledujúcich ochorení:						
a) reumatická horúčka, poruchy srdcového rytmu, srdcovochlopňové ochorenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) astma alebo iné chronické ochorenie pľúc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) zhubný nádor, leukémia, Hodgkinov lymfóm, non-Hodgkinov lymfóm, lymfóm alebo iný nádor mozgu alebo chrbtice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) retardácia, autizmus, poruchy pozornosti, hyperaktívny syndróm, ťažké stravovacie poruchy (napr. anorexia, bulímia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) trvalé poškodenie mozgu následkom úrazu alebo infekcie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) krvácanie do mozgu, kóma, ochrnutie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) epilepsia, meningitída alebo encefalitída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) reumatoidná artritída, svalová dystrofia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) chronické ochorenia obličiek a močových ciest, chronické infekcie obličiek a močových ciest, abnormálne laboratórne hodnoty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) pozitívny HIV test, pozitívny test na hepatitídu typu B alebo typu C, choroby zrážania krvi, hemofíliu, talasémiu alebo iné ochorenia krvi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) akékoľvek postihnutie svalovo - kostrového systému ako napr. choroba motorického neurónu, svalová dystrofia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Čaká dieťa v súčasnosti na lekárske výsledky, stanovenie diagnózy alebo plánuje absolvovať lekárske vyšetrenie, liečenie alebo operáciu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK (pokračovanie)	Dieťa 1		Dieťa 2		Dieťa 3		Dieťa 4		Dieťa 5	
	áno	nie	áno	nie	áno	nie	áno	nie	áno	nie
7. Je dieťa v akejkoľvek pravidelnej lekárskej starostlivosti, užíva pravidelne lieky alebo injekcie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Fajčí alebo fajčilo dieťa v minulosti? (Ak áno, uveďte počet ks/deň.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. Pokúsilo sa dieťa o samovraždu?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Používa dieťa pravidelne alkoholické nápoje? (Ak áno, uveďte druh a dennú dávku.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>a. Užíva alebo užívalo niekedy dieťa narkotiká, iné omamné látky alebo lieky s narkotickými účinkami?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Používalo alebo používa dieťa elektronickú cigaretu alebo nikotínové náplaste? (Ak áno, upresnite čo a ako často.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ak ste na ktorúkoľvek z otázok Zdravotného dotazníka odpovedali áno, v prázdnej časti uveďte číslo otázky a všetky podrobnosti týkajúce sa kladnej odpovede (napr. dátum diagnostikovania choroby, opis choroby, príčiny choroby, výsledky liečby, užívané lieky a ich dávkovanie). Ak ste niečo uviedli v samostatnej prílohe, označte to v časti "Prípojené prílohy". Prílohu priložte k tomuto dotazníku.

Z poistného krytia sú počas celej poistnej doby vylúčené časti tela, ktorých poškodenie nastalo pred začiatkom poistenia podľa tejto poistnej zmluvy, ak nie je v poistných podmienkach uvedené inak.

**Ako prílohu tiež priložte:** prepúšťacie správy po nemocničnej liečbe alebo operácii a výsledky histologických vyšetrení. Ak poberáte invalidný dôchodok, je potrebné predložiť rozhodnutie Sociálnej poisťovne spolu s lekárskeho posudkom, na základe ktorého bol invalidný dôchodok priznaný.

### Prípojené prílohy

Spolu: ..... ks

Podpis poistníka	Totožnosť overená podľa (typ a číslo dokladu)	Štát vydania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Podpis zákonného zástupcu	Vzťah zákonného zástupcu k dieťaťu	Totožnosť overená podľa (typ a číslo dokladu)	Štát vydania
Dieťa 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieťa 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieťa 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieťa 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dieťa 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Dátum podpisu poisťovňou splnomocnenej osoby	Miesto podpisu	Podpis poisťovňou splnomocnenej osoby	Meno a priezvisko poisťovňou splnomocnenej osoby
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>