

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 „**Poisťovňa**“)
www.aegon.sk, aegon@aegon.sk, 0850 123 466

Číslo poisťnej zmluvy

Číslo návrhu poisťnej zmluvy

Dátum podpisu zmluvy poisťníkom:

0

POISTENÝ

1

Meno

Priezvisko

Rodné číslo

2

3

Zamestnanie a voľnočasové aktivity

4

Zamestnávateľ

Obchodné meno/názov

5

Pracovná pozícia

Riziková skupina

1

2

3

6

Športová činnosť/
Voľno-časová aktivita

profesionálne

amatérsky

rekreačne

7

8

ZDRAVOTNÉ ÚDAJE POISTENÝ

9

Výška

cm

Hmotnosť

kg

Ste ľavák?

áno

nie

Máte dioptrie väčšie ako +/-8?

áno

nie

A

B

Lekár, u ktorého máte v evidencii
svoju zdravotnú kartu

Meno a priezvisko

Mesto

C

Všeobecný ošetrojúci lekár:

D

Ženský lekár:

E

F

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

POISTENÝ
áno nie

G

1. Pracujete alebo pracovali ste na pracovisku, ktoré je klasifikované ako zdraviu škodlivé?

H

a) Vykonávate ťažkú fyzickú prácu?

I

b) Ste alebo boli ste aktívnym (registrovaným) športovcom?

J

2. **Ste v súčasnosti práceneschopný?**

K

3. Poberáte starobný dôchodok?

L

a) **Poberáte invalidný dôchodok?**

M

b) Podali ste si niekedy žiadosť o poberanie invalidného dôchodku alebo o zmenu pracovnej schopnosti?

N

4. Utrpeli ste niekedy úraz alebo otravu s trvalými následkami?

O

a) Stratili ste niekedy vedomie?

P

5. Odmietla s Vami už nejaká poisťovňa uzavrieť životné, úrazové poistenie alebo poistenie choroby?
(Ak áno, uveďte poisťovňu a dôvod.)

R

a) Máte v súčasnosti uzavreté životné, úrazové poistenie alebo poistenie choroby alebo máte podaný návrh na uzavretie takého poistenia?

S

b) Máte v súčasnosti uzavreté poistenie invalidity s rentovou výplatom, alebo máte podaný návrh na uzavretie takého poistenia? (Ak áno, uveďte poisťnú sumu.)

T

6. Ste telesne postihnutý alebo máte nejakú vrodenú vadu?

U

7. Máte poruchy sluchu?

V

8. Ste alebo boli ste liečený na vysoký krvný tlak alebo srdcovo-cievne ochorenie?

W

9. Fajčíte alebo fajčili ste v minulosti? (Ak áno, uveďte počet ks/deň.)

X

10. Používali ste/používate elektronickú cigaretu alebo nikotínové náplaste? (Ak áno, upresnite čo a ako často.)

Y

11. Pravidelne požívate alkoholické nápoje? (Ak áno, uveďte druh a dennú dávku.)

Z

a) **Užívate alebo užívali ste niekedy narkotiká, iné omamné látky alebo lieky s narkotickými účinkami?**

12. Ste liečený alebo bola Vám niekedy predpísaná liečba tabletami alebo injekciami? (okrem tabliet a injekcií proti horúčke, nachladeniu, chrípke, kŕčom a na utíšenie bolesti)

13. Boli ste hospitalizovaný v nemocnici alebo inej liečebnej inštitúcii, podstúpili ste operáciu, chemoterapiu alebo rádioterapiu za posledných 10 rokov?

14. **Mali ste pozitívny HIV test?**

15. **Pokúsili ste sa o samovraždu?**

16. Ste v súčasnosti pod lekárskeho dohľadom, trpíte nejakou akútnou alebo chronickou chorobou?

(Ak ste na otázku odpovedali áno, priložte kópie lekárskej správy z poslednej absolvovanej kontroly.)

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK (pokračovanie)	POISTENÝ áno nie
17. Boli ste niekedy na základe röntgenu pľúc pozvaný na lekársku kontrolu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Plánujete absolvovať v blízkej budúcnosti lekársku prehliadku (okrem preventívnej) alebo sa chystáte na operáciu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DOPLNENIE ZDRAVOTNÉHO DOTAZNÍKA K DOPLNKOVÉMU POISTENIU ZCHN	POISTENÝ áno nie
19. Boli ste už v minulosti liečená/ý pre neplodnosť, bola vám diagnostikovaná neplodnosť alebo konzultovali ste už niekedy neplodnosť s odborným lekárom?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Boli Vám niekedy diagnostikované niektoré z nasledujúcich ochorení: poruchy menštruačného cyklu, endometrióza, nepriechodné (upchaté) vajcovody, iné abnormality vajcovodov, myóm alebo iné abnormality maternice (vrátane abnormality krčka maternice), hyperprolaktinémia (zvýšenie hladiny hormónu prolaktínu), vrodené vady reprodukčných orgánov, chromozomálne poruchy? (odpovedajú len ženy)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. Boli Vám niekedy diagnostikované niektoré z nasledujúcich ochorení: hypogonadizmus (poruchy tvorby testosterónu), choroby semenníkov, chromozomálne poruchy, vírusová orchitída (zápal semenníkov spôsobený vírusovou infekciou), abnormálna kvalita alebo kvantita spermíí, sexuálna dysfunkcia? (odpovedajú len muži)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ak ste na ktorúkoľvek z otázok Zdravotného dotazníka odpovedali áno, v prázdnej časti uvedte 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 **"Pripojené 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.

Pripojené prílohy

Spolu: ks

Poistený prostredníctvom tohto dokumentu súhlasí a splnomocňuje AEGON Poisťovňu, aby za a v mene poisteného ako oprávnený a riadne splnomocnený zástupca získavala (boli jej sprístupnené) údaje o zdravotnom stave poisteného v rozsahu nevyhnutne potrebnom na uplatnenie nárokov a/alebo na vykonanie iných úkonov súvisiacich s poistením podľa tejto poistnej zmluvy od príslušných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a/alebo od Sociálnej poisťovne alebo od iného subjektu sociálneho poistenia. Plnomocenstvo podľa predchádzajúcej vety sa udeľuje aj pre prípad smrti poisteného (nezaniká smrťou poisteného).

Poistený prostredníctvom tohto dokumentu vyhlasuje a potvrdzuje, že všetky informácie, ktoré uviedol v tomto dokumente a predložil AEGON Poisťovni v súvislosti s poistnou zmluvou sú úplné, pravdivé a aktuálne ku dňu datovania tohto dokumentu a poistnej zmluvy; neopomenul uviesť informáciu, ktorej uvedenie by spôsobilo, že iná informácia uvedená alebo predložená AEGON Poisťovni v tomto dokumente alebo poistnej zmluve alebo v súvislosti s ňou je neúplná, nepravdivá alebo zavádzajúca v akomkoľvek podstatnom ohľade.

V Dňa

Totožnosť overená podľa

Podpis poisteného OP Pas Iné Číslo Štát vydania