

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 poistnej zmluvy,
resp. peňažného poukazu:

POISTNÍK

Meno Priezvisko Rodné číslo/IČO

Miesto narodenia Štát narodenia Štátna príslušnosť

Bola udelená v súvislosti s poistením podľa hore uvedenej poistnej zmluvy plná moc alebo podpisové oprávnenie osobe s adresou (trvalý pobyt, korešpondenčná adresa) v inom štáte ako Slovenská republika?

Áno (Ak neoznačíte možnosť ÁNO, má sa zato, že Vaša odpoveď je NIE.) Napíšte štát:

Pre daňové účely som rezidentom iného štátu ako Slovenská republika?

Áno (Ak neoznačíte možnosť ÁNO, má sa zato, že Vaša odpoveď je NIE.) Napíšte štát:

Daňové identifikačné číslo (Nie je potrebné vyplniť v prípade daňového rezidenta Slovenskej republiky.)

Trvalý pobyt/Sídlo (ulica, číslo, P.O.BOX) PSČ Mesto/obec, štát

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo, P.O.BOX) PSČ Mesto/obec, štát

E-mail Telefón

POISTENÝ

Meno Priezvisko Muž Žena

Titul pred menom Titul za menom Dátum narodenia Rodné číslo/IČO

Miesto narodenia Štát narodenia Štátna príslušnosť

Trvalý pobyt/Sídlo (ulica, číslo, P.O.BOX) PSČ Mesto/obec, štát

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo, P.O.BOX) PSČ Mesto/obec, štát

E-mail Telefón

Zamestnávateľ

Obchodné meno/názov Odvetvie

Pracovná pozícia Kód Riziková skupina 1 2 3

Športová činnosť/
voľno-časová aktivita profesionálne amatérsky rekreačne

POISTENÝ

Meno Priezvisko Muž Žena

Titul pred menom Titul za menom Dátum narodenia Rodné číslo/IČO

Miesto narodenia Štát narodenia Štátna príslušnosť

Trvalý pobyt/Sídlo (ulica, číslo, P.O.BOX) PSČ Mesto/obec, štát

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo, P.O.BOX) PSČ Mesto/obec, štát

E-mail Telefón

Zamestnávateľ

Obchodné meno/názov Odvetvie

Pracovná pozícia Kód Riziková skupina 1 2 3

Športová činnosť/
voľno-časová aktivita profesionálne amatérsky rekreačne

ÚDAJE O POISTNOM KRYTÍ A POISTNOM

DOPLNKOVÉ POISTENIE	POISTENÝ <input type="checkbox"/>		POISTENÝ <input type="checkbox"/>	
	Poistná suma v €	Poistná doba ¹ Poistné v € ²	Poistná suma v €	Poistná doba ¹ Poistné v € ²
Invalidity s rentovou výplatom od 41 % (IRV41)		max. do veku 65 r. _____		max. do veku 65 r. _____
Invalidity s rentovou výplatom od 71 % (IRV71)		max. do veku 65 r. _____		max. do veku 65 r. _____
Invalidity s jednorazovou výplatom (IIV)		max. do veku 62 r. _____		max. do veku 62 r. _____
Čistý mesačný príjem (VYPLNTE pre IRV41, IRV71, IIV)	_____ €		_____ €	
Invalidity od 41 % a úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (IUK41)		_____ r. _____		_____ r. _____
Invalidity od 71 % a úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (IUK71)		_____ r. _____		_____ r. _____
Čistý mesačný príjem (VYPLNTE pre IUK41, IUK71)	_____ €		_____ €	
Za účelom krytia úveru (VYPLNTE pre IUK41, IUK71)	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	výška úveru _____ €	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	výška úveru _____ €
Úmrtia (PÚ)		_____ r. _____		_____ r. _____
Úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (PUK16)		_____ r. _____		_____ r. _____
Úmrtia v dôsledku infarktu srdca alebo mozgovej príhody (UIM)		max. do veku 62 r. _____		max. do veku 62 r. _____
Pre prípad úmrtia v dôsledku úrazu (ÚÚ)		max. do veku 70 r. _____		max. do veku 70 r. _____
Trvalých následkov úrazu bez progresívneho plnenia (TNUD)		max. do veku 70 r. _____		max. do veku 70 r. _____
Trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením (TNPD)		max. do veku 70 r. _____		max. do veku 70 r. _____
Doby nevyhnutnej liečby úrazu (DLU17)		max. do veku 70 r. _____		max. do veku 70 r. _____
Doby nevyhnutnej liečby úrazu PLUS (DLUD17)		max. do veku 70 r. _____		max. do veku 70 r. _____
Čistý mesačný príjem (VYPLNTE pre DLU17, DLUD17)	_____ €		_____ €	
Operácie v dôsledku choroby (OCH)		max. do veku 62 r. _____		max. do veku 62 r. _____
Najčastejších závažných chorôb (ZCH4)		max. do veku 62 r. _____		max. do veku 62 r. _____
Následkov závažných chorôb alebo úrazov (ZCHN) len v kombinácii so ZCH4	poistná suma ZCH4 max. do veku 62 r. _____ Poistná suma pre ZCH4 je zároveň spoločnou poistnou sumou pre ZCHN.		poistná suma ZCH4 max. do veku 62 r. _____ Poistná suma pre ZCH4 je zároveň spoločnou poistnou sumou pre ZCHN.	
Závažných chorôb so stúpajúcim poistným (ZCH II)		max. do veku 62 r. _____		max. do veku 62 r. _____
Závažných chorôb pre ženy (ZCHŽ)	20% z poistnej sumy ZCH II	max. do veku 62 r. _____	20% z poistnej sumy ZCH II	max. do veku 62 r. _____
Závažných chorôb pre mužov (ZCHM)	20% z poistnej sumy ZCH II	max. do veku 62 r. _____	20% z poistnej sumy ZCH II	max. do veku 62 r. _____
Hospitalizácie (HOSPK)		max. do veku 62 r. _____		max. do veku 62 r. _____

Práceschopnosti (PPNK17) minimálna doba 28 dní	max. do veku 62 r.	max. do veku 62 r.
Práceschopnosti (PPNK17) minimálna doba 56 dní	max. do veku 62 r.	max. do veku 62 r.
Čistý mesačný príjem (VYPLNTE pre PPNK17)	SZČO nemocensky poistená € <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	SZČO nemocensky poistená € <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Závažných chorôb pre deti (ZCHD)	max. do veku 18 r.	max. do veku 18 r.

SUMARIZÁCIA POISTNÉHO

POISTENÝ mesačné poistné spolu pred zľavou _____ €
 POISTENÝ mesačné poistné spolu pred zľavou _____ €
MESAČNÉ POISTNÉ PRED ZĽAVOU SPOLU _____ €

Poisteným z Hlavného poistenia je len Poistený 1, pre Poisteného 3 až 7 je možné dojednať len doplnkové poistenia.

¹Poistná doba pre doplnkové poistenia je rovnaká ako poistná doba Hlavného poistenia, najviac však do uvedeného veku Poisteného, pokiaľ nie je uvedené inak.

²Mesačné poistné pred zľavou

Aegon benefit

Poistník a Poistený Poistník a Poistený

Mám záujem o bonusové poistné krytie Aegon benefit

(žiadost' v zmysle ustanovenia bodu 3.4 Osobitných poistných podmienok poistného krytia Aegon benefit účinných od 1. januára 2017)

V prípade neoznačenia záujmu o Aegon benefit, má sa zato, že nemáte záujem.

Poistník a Poistený a/alebo Poistený svojim podpisom a písomným súhlasom bezvýhradne a bezpodmienečne vyhlasujú a potvrdzujú v prospech Poisťovne, že:

- a) Poistený a/alebo Poistený pravidelne vykonáva športovú činnosť, ktorá zodpovedá definícií športovej činnosti tak, ako je uvedené v Osobitných poistných podmienkach poistného krytia Aegon benefit,
 b) doložený doklad preukazujúci vykonávanie športovej činnosti je pravý a vzťahuje sa k osobe Poisteného.

OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE ÚMRTIA POISTENÉHO Neurčujem, t. j. budú určené v zmysle Občianskeho zákonníka

Meno a priezvisko / Obchodné meno alebo názov právnickej osoby	Rodné číslo / IČO	Percento plnenia
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE ÚMRTIA POISTENÉHO Neurčujem, t. j. budú určené v zmysle Občianskeho zákonníka

Meno a priezvisko / Obchodné meno alebo názov právnickej osoby	Rodné číslo / IČO	Percento plnenia
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

ZDRAVOTNÉ ÚDAJE POISTENÝ

Výška _____ cm Hmotnosť _____ kg Ste ľavák? áno nie Máte dioptrie väčšie ako +/-8? áno nie

Lekár, u ktorého máte v evidencii svoju zdravotnú kartu

Meno a priezvisko

Mesto

Všeobecný lekár	_____	_____
Ženský lekár	_____	_____

ZDRAVOTNÉ ÚDAJE POISTENÝ

Výška _____ cm Hmotnosť _____ kg Ste ľavák? áno nie Máte dioptrie väčšie ako +/-8? áno nie

Lekár, u ktorého máte v evidencii svoju zdravotnú kartu

Meno a priezvisko

Mesto

Všeobecný lekár	_____	_____
Ženský lekár	_____	_____

SPÔSOB UZAVRETIA POISTNEJ ZMLUVY

A) Bez skúmania Zdravotného stavu

Poistený Poistený

Pre tento spôsob uzavretia poistnej zmluvy je možné dojednať:

doplnkové poistenie PÚ s poistnou sumou najviac 1 000 €, doplnkové poistenie ÚÚ s poistnou sumou najviac 25 000 €, TNUD s poistnou sumou najviac 25 000 €, TNPD s poistnou sumou najviac 5 000 €, kombináciu TNUD s TNPD len za splnenia podmienky, že poistná suma TNUD+5*poistná suma TNPD ≤ 25 000 €, DLU17 alebo DLU17 s poistnou sumou najviac 10 €, bez ďalších doplnkových poistení. Zároveň v prípade úmrtia poisteného v dôsledku choroby do 12 mesiacov odo dňa technického začiatku poistenia Poistovňa vyplatí poistné plnenie vo výške aktuálnej hodnoty osobného konta.

B) So skúmaním Zdravotného stavu (Vyplňte Zdravotný dotazník)

Poistený Poistený

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	POISTENÝ <input type="checkbox"/>		POISTENÝ <input type="checkbox"/>	
	áno	nie	áno	nie
1. Pracujete alebo pracovali ste na pracovisku, ktoré je klasifikované ako zdraviu škodlivé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Vykonávate ťažkú fyzickú prácu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ste alebo boli ste aktívnym (registrovaným) športovcom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ste v súčasnosti práceneschopný?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Poberáte starobný dôchodok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Poberáte invalidný dôchodok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Podali ste si niekedy žiadosť o poberanie invalidného dôchodku alebo o zmenu pracovnej schopnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Útrpeli ste niekedy úraz alebo otravu s trvalými následkami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Stratili ste niekedy vedomie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Odmietla s Vami už nejaká poisťovňa uzavrieť životné, úrazové poistenie alebo poistenie choroby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Ak áno, uveďte poisťovňu a dôvod.)				
a) Máte v súčasnosti uzavreté životné, úrazové poistenie alebo poistenie choroby alebo máte podaný návrh na uzavretie takého poistenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Máte v súčasnosti uzavreté poistenie invalidity s rentovou výplatom, alebo máte podaný návrh na uzavretie takého poistenia? (Ak áno, uveďte poistnú sumu.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ste telesne postihnutý alebo máte nejakú vrodenú vadu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Máte poruchy sluchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ste alebo boli ste liečený na vysoký krvný tlak alebo srdcovo-cievne ochorenie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Fajčíte alebo fajčili ste v minulosti? (Ak áno, uveďte počet ks/deň.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Používali ste/používate elektronickú cigaretu alebo nikotínové náplaste? (Ak áno, upresnite čo a ako často.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pravidelne pijete alkoholické nápoje? (Ak áno, uveďte druh a dennú dávku.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Užívate alebo užívali ste niekedy narkotiká, iné omamné látky alebo lieky s narkotickými účinkami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Boli ste hospitalizovaný v nemocnici alebo inej liečebnej inštitúcii, podstúpili ste operáciu, chemoterapiu alebo rádioterapiu za posledných 10 rokov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mali ste pozitívny HIV test?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pokúsili ste sa o samovraždu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ste v súčasnosti pod lekárskej dohľadom, trpíte nejakou akútnou alebo chronickou chorobou? (Ak ste na otázku odpovedali áno, priložte kópie lekárskej správy z poslednej absolvovanej kontroly.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Boli ste niekedy na základe röntgenu pľúc pozvaný na lekársku kontrolu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V prípade dojednania Doplnkového poistenia ZCHN, vyplňte, prosím, nasledujúce otázky:				
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"/>	<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"/>	<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 spermií, sexuálna dysfunkcia? (odpovedajú len muži)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V prípade nepoistiteľnosti Poisteného a/alebo Poisteného na základe posúdenia zdravotného rizika Poistovňou, Poistník a Poistený a/alebo Poistený súhlasia s úpravou poistnej zmluvy podľa rozsahu poistného krytia uvedeného v časti A) Bez preskúmania zdravotného stavu.

Poistený **ÁNO** (Ak neoznačíte možnosť ÁNO, má sa zato, že Vaša odpoveď je NIE.)

Poistený **ÁNO** (Ak neoznačíte možnosť ÁNO, má sa zato, že Vaša odpoveď je NIE.)

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK PRE DIEŤA (vyplní zákonný zástupca)		Poistený <input type="checkbox"/> (Dieťa)		Poistený <input type="checkbox"/> (Dieťa)	
Vyplňte Zdravotný dotazník pre dieťa v prípade, že poistený má menej ako 16 rokov.		áno	nie	áno	nie
1.	Je dieťa v súčasnosti zdravé?	<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"/>
3.	Trpí dieťa nejakým vrodeným alebo vývojovým ochorením, ako sú hydrocefalus, vrodené srdcové ochorenie, vrodený rázštep 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"/>
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"/>
5.	Trpí alebo trpelo dieťa niektorým z nasledujúcich ochorení:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) reumatická horúčka, poruchy srdcového rytmu, srdcovo-chlopňové ochorenia?	<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"/>
	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"/>
	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"/>
	e) trvalé poškodenie mozgu následkom úrazu alebo infekcie?	<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"/>
	g) diabetes mellitus?	<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"/>
	i) reumatoidná artritída, svalová dystrofia?	<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"/>
	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"/>
	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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
9.	Pokúsilo sa dieťa o samovraždu?	<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"/>
	a. Užíva alebo užívalo niekedy dieťa narkotiká, iné omamné látky alebo lieky s narkotickými účinkami?	<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"/>

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 "Priložené prílohy". Prílohu priložte k tomuto dotazníku.

Z poisťného krytia sú počas celej poisťnej doby vylúčené časti tela, ktorých poškodenie nastalo pred začiatkom poistenia podľa tejto poisťnej zmluvy, ak nie je v poisťných 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 lekárskeým posudkom, na základe ktorého bol invalidný dôchodok priznaný.

Priložené prílohy

Spolu: ks

ÚČINNOSŤ ZMENY

Zmeny, ktoré nadobúdajú účinnosť dňom akceptácie žiadosti poisťovňou: zmena osobných údajov (mena, titulu, tel. čísla, ...), zmena adresy, zmena oprávnenej osoby, zmena poisťníka, zmena investičnej stratégie (iba pre nové poisťné).

Zmeny, ktoré sú účinné k nasledujúcemu dátumu splatnosti poisťného po akceptácii žiadosti poisťovňou: pripúpenie/ zrušenie pripúpenia, zvýšenie/ zníženie poisťných súm na pripústeniach, zvýšenie/ zníženie poisťného, zmena frekvencie platenia, zmena rizikovej skupiny, pridanie/ zrušenie poisťných osôb, zmena spôsobu platenia, zmena investičnej stratégie (pre nové poisťné a aktuálne osobné konto).

neskorší dátum

Zmeny týkajúce sa poistenia, sa vykonávajú do 30 dní odo dňa doručenia Žiadosti o zmenu v poisťnej zmluve. Po realizácii zmeny klient obdrží informáciu o zmene na poisťnej zmluve spolu s dátumom jej účinnosti.

ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- Poistený podpisom tejto žiadosti/poistnej zmluvy bezpodmienečne a bez výhradne súhlasí a splnomocňuje Poistovňu, aby za a v mene poisteného ako jeho riadne splnomocnený a oprávnený zástupca získavala osobné údaje o poistenom v rozsahu nevyhnutne potrebnom a za účelom vykonávania práv a povinností z poistenia podľa poistnej zmluvy, a to konkrétne údaje o výške príjmu poisteného v čase vzniku poistnej udalosti podľa poistných podmienok doplnkového poistenia IJV, IRV41, IRV71, PPNK17, DLU17 a DLU17.
- Poistovňa je oprávnená výlučne na základe vlastného uváženia požadovať od poisteného doklad o jeho príjme ku dňu vzniku poistnej udalosti, a to: (a) potvrdenie o príjme vystavené aktuálnym zamestnávateľom poisteného v čase vzniku poistnej udalosti; alebo (b) účtovná závierka a/alebo kópia potvrdenia o podaní daňového priznania za najbližšie predchádzajúce zdaňovacie obdobie pred vznikom poistnej udalosti.
- Poistený podpisom tejto poistnej zmluvy súhlasí a splnomocňuje Poistovňu, aby za a v mene poisteného ako oprávnený a riadne splnomocnený zástupca získavala údaje o zdravotnom stave poisteného v rozsahu nevyhnutne potrebnom na uplatnenie nárokov a/alebo na vykonanie iných úkonov súvisiacich s poistením podľa poistnej zmluvy od príslušných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne, Sociálnej poisťovne alebo od iného orgánu verejnej moci. Plnomocenstvo podľa predchádzajúcej vety nezaniká smrťou poisteného.
- Pokiaľ nie je v poistnej zmluve v konkrétnom prípade uvedené inak, poisťník a/alebo poistený je povinný Poistovni bez zbytočného odkladu písomne oznámiť zmenu údajov obsiahnutých v zmluve alebo predložiť Poistovňou požadovanú dokumentáciu. Ak v dôsledku porušenia povinnosti podľa predchádzajúcej vety nebude Poistovňa riadne a včas plniť (úplne alebo z časti) záväzky vyplývajúce z poistenia podľa tejto poistnej zmluvy, nezodpovedá poisťníkovi a/alebo poistenému (podľa kontextu) za škodu a nie je v omeškaní s plnením si daného záväzku.
- Poistná zmluva sa riadi právnym poriadkom Slovenskej republiky. Zmluvné strany sa dohodli, že použitie ustanovenia ktoréhokoľvek právneho predpisu Slovenskej republiky, ktoré nie je kogentnej povahy, je výslovne vylúčené v rozsahu, v ktorom by jeho použitie mohlo meniť (čiastočne alebo úplne) význam alebo účel ktoréhokoľvek ustanovenia poistnej zmluvy.
- Vyhľadania, súhlasy a potvrdenia poisťníka a poisteného na poslednej strane tejto žiadosti/poistnej zmluvy tvoria jej neoddeliteľnú súčasť a majú rovnaké právne účinky ako ustanovenia obsiahnuté pred časťou žiadosti/poistnej zmluvy určenou na podpisy účastníkov poistenia.
- Účastníci poistenia potvrdzujú, že sa oboznámili s obsahom všeobecných a osobitných poistných podmienok vzťahujúcich sa na poistenie podľa poistnej zmluvy a potvrdzujú, že sú ustanoveniami poistných podmienok viazaní.

V _____ Dňa _____

Podpis poisťníka (považuje sa za podpisový vzor) _____ Totožnosť overená podľa _____ Číslo _____ Štát vydania _____
 OP Pas Iné _____

Podpis poisteného _____ Totožnosť overená podľa _____ Číslo _____ Štát vydania _____
 OP Pas Iné _____

Podpis poisteného _____ Totožnosť overená podľa _____ Číslo _____ Štát vydania _____
 OP Pas Iné _____

Podpis zákonného zástupcu poisteného dieťaťa _____ Totožnosť overená podľa _____ Číslo _____ Štát vydania _____
 OP Pas Iné _____

Vzťah zákonného zástupcu k poistenému dieťaťu _____ Meno a priezvisko zákonného zástupcu poisteného dieťaťa _____

Adresa trvalého bydliska zákonného zástupcu (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX) _____

Korešpondenčná adresa zákonného zástupcu (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX) _____

Podpis zákonného zástupcu poisteného dieťaťa _____ Totožnosť overená podľa _____ Číslo _____ Štát vydania _____
 OP Pas Iné _____

Vzťah zákonného zástupcu k poistenému dieťaťu _____ Meno a priezvisko zákonného zástupcu poisteného dieťaťa _____

Adresa trvalého bydliska zákonného zástupcu (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX) _____

Korešpondenčná adresa zákonného zástupcu (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX) _____

Poistovňou splnomocnená osoba:

Podpis _____	Meno a priezvisko/Obchodné meno _____	SP číslo finančného agenta _____
_____	Email _____	Mobilné telefónne číslo _____

VŠEOBECNÉ USTANOVENIA

1. V prípade dojednanja doplnkového poistenia, kde poistený nespĺňa podmienku vstupného veku poisteného podľa poistných podmienok platných pre toto doplnkové poistenie, sa považuje takéto doplnkové poistenie za neuzatvorené a Poistovnía nebude na takéto doplnkové poistenie prihliadať.
2. Poistník a zákonný zástupca maloletého (pokiaľ nie je totožný s poistníkom) podpisom poistnej zmluvy vyhlasuje (podľa kontextu), že je oprávnený v prospech maloletého uzatvoriť túto poistnú zmluvu, jeho spôsobilosť na výkon rodičovských práv nie je v žiadnom ohľade obmedzená, získal všetky potrebné súhlasy a povolenia na uzatvorenie tejto poistnej zmluvy v prospech maloletého a na požiadanie Poistovne je ich pripravený kedykoľvek predložiť na nahliadnutie.
3. Účastník poistenia sa bude podieľať na výnosoch spôsobom stanoveným v poistných podmienkach vzťahujúcich sa na poistenie a príslušné doplnkové poistenia podľa tejto poistnej zmluvy.
4. Práva a povinnosti účastníkov poistenia, ktoré nie sú výslovne upravené v poistnej zmluve sa spravujú všeobecnými a osobitnými poistnými podmienkami v závislosti od dojednaného poistenia podľa poistnej zmluvy a tvoria jej neoddeliteľnú súčasť. Zoznam poistných podmienok vzťahujúcich sa na poistenie podľa poistnej zmluvy je uvedený v časti VŠEOBECNÉ A OSOBITNÉ POISTNÉ PODMIENKY.
5. Akékoľvek vyhlásenia, tvrdenia alebo predzmluvné dojednania týkajúce sa poistenia podľa tejto poistnej zmluvy sa podpisávaním tejto poistnej zmluvy v celom rozsahu nahrádzajú dojednania podľa tejto poistnej zmluvy.

VYHLÁSENIA A SÚHLASY POISTNÍKA A POISTENÉHO

A. Ochrana osobných údajov

- a) Poistovnía je podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení (ďalej len „Zákon o ochrane osobných údajov“) prevádzkovateľom informačného systému, v ktorom sú spracúvané osobné údaje dotknutých osôb (najmä poistník, poistený, oprávnená osoba, ich zástupca). Právnym základom spracúvania osobných údajov je existencia zákonného oprávnenia na spracúvanie osobných údajov a uzatvorenie poistnej zmluvy. Poistovnía je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb aj bez ich súhlasu na základe zákona o poistovníctve v platnom znení a tiež podľa § 10 ods. 3 písm. b) Zákona o ochrane osobných údajov.
- b) Osobné údaje dotknutých osôb v rozsahu uvedenom v poistnej zmluve alebo predloženej Poistovní v súvislosti s poistením podľa poistnej zmluvy (ďalej len „Osobné údaje“) Poistovnía spracúva za účelom (i) uzatvorenia poistnej zmluvy; (ii) správy poistenia a ďalšie účely podľa zákona o poistovníctve; (iii) štatistických a evidenčných aktivít Poistovne a osôb podľa písm. (d) nižšie.
- c) Dotknutá osoba poskytla Osobné údaje dobrovoľne, avšak ich poskytnutie je povinné a nevyhnutné na uzatvorenie poistnej zmluvy a plnenie záväzkov Poistovne vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Uzavieranie poistnej zmluvy v životnom poistení so zachovaním anonymity klienta je Poistovnía povinná odmietnuť.
- d) Osoby (tretie strany a príjemcovia podľa Zákona o ochrane osobných údajov), ktorým Osobné údaje môžu byť poskytnuté a/alebo sprístupnené: (i) osoby, ktorým poskytnutie a/alebo sprístupnenie Osobných údajov Poistovníou vyplýva z právnych predpisov, ii) osoby, ktoré pre Poistovníu alebo v mene Poistovne poskytujú služby a zabezpečujú činnosti v súvislosti s jej predmetom podnikania: (iii) Aegon Slovakia Holding B.V., Haag, Holandské kráľovstvo (ďalej len „Aegon Holandsko“) alebo iná osoba, ovládaná alebo ovládajúca Aegon Holandsko (podľa § 66a Obchodného zákonníka), vrátane osôb, ktoré sú s Aegon Holandsko a/alebo ovládanými a/alebo ovládajúcimi osobami Aegon Holandsko v zmluvnom vzťahu alebo sú s nimi inak prepojené: (iv) AEGON, d.s.s., a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, IČO 35 902 612; AEGON partner, s.r.o., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, IČO 36 610 984; AEGON Hungary Closed Company Ltd., 1091 Budapešť, IX. Ullői út 1, Maďarsko, IČO 01-10-041365, zapísaná na Mestskom súde ako registrovom súde spoločnosti, konajúca prostredníctvom svojej pobočky AEGON Hungary Closed Company Ltd., pobočka poistovne z iného členského štátu, Slávičie údolie 106, Bratislava, Slovenská republika, IČO 36 868 396; (v) Münchener Rückversicherungs Gesellschaft, Spolková republika Nemecko; (vi) RGA International Reinsurance Company Limited, Dublin, Írsko. Akékoľvek zmeny v zozname týchto osôb alebo iné skutočnosti podľa Zákona o ochrane osobných údajov budú oznamované prostredníctvom internetovej stránky Poistovne v sekcii Dodávateľa pre spoločnosti Aegon.
- e) Osobou poverenou spracúvaním osobných údajov (sprostredkovateľom) je i) finančný agent, ktorý uzatvorenie poistnej zmluvy sprostredkoval, ii) ďalšie osoby, ktorých aktuálny zoznam Poistovnía oznamuje prostredníctvom svojej internetovej stránky v sekcii Dodávateľa pre spoločnosti Aegon.
- f) Poistovnía alebo osoby konajúce v jej mene je oprávnená požadovať a získavať Osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním z dokladu totožnosti, ďalších listín preukazujúcich údaje v rozsahu stanovenom osobitnými právnymi predpismi.
- g) Dotknutá osoba má práva uvedené v Zákone o ochrane osobných údajov, najmä na základe písomnej žiadosti vyžadovať od Poistovne potvrdenie, či sú alebo nie sú jej Osobné údaje spracúvané: o zdroji, z ktorého boli získané Osobné údaje na spracúvanie: zoznam Osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania: opravu alebo likvidáciu svojich nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych Osobných údajov; likvidáciu Osobných údajov, ktorých účel spracúvania sa skončil alebo ak došlo k porušeniu Zákona o ochrane osobných údajov.
- h) Poistník a poistený spoločne a nerozdielne vyhlasujú, že získali a disponujú výslovným súhlasom osôb iných ako poistník a poistený na spracúvanie osobných údajov podľa poistnej zmluvy, ktorých osobné údaje poskytli Poistovní na účely poistenia podľa poistnej zmluvy.
- i) Osobné údaje budú spracúvané po dobu trvania zmluvného a/alebo poistného vzťahu a po dobu nevyhnutnú na uplatnenie práv Poistovne a dodržiavanie povinností, ktoré sú Poistovní uložené, najmenej však po dobu, po ktorú je Poistovní povinná uschovávať dokumentáciu podľa všeobecne záväzných právnych predpisov.
- j) Ochrana osobných údajov a Dôverných informácií Poistovnía zachováva mlčanlivosť o informáciách uvedených a/alebo predložených v súvislosti s poistnou zmluvou a zároveň je oprávnená aj bez súhlasu poistníka alebo poisteného sprístupniť alebo poskytnúť tieto informácie vrátane Osobných údajov osobám uvedeným vyššie ako aj osobám, ktorým sprístupnenie alebo poskytnutie Osobných údajov je nevyhnutné z hľadiska plnenia záväzkov a uplatňovania práv Poistovníou voči poistníkovi alebo poistenému. Poistovnía vynaloží primerané úsilie a odbornú starostlivosť, aby tieto osoby konali v súlade so záväzkom dôvernosti. Osobné údaje nebudú zverejnené.

B. Automatická výmena informácií

Zákon č. 359/2015 Z.z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní v platnom znení (ďalej len „Zákon o automatickej výmene informácií“) upravuje automatickú výmenu informácií o finančných účtoch pre účely správy daní, a to (i) vo vzťahu k rezidentom členských štátov Európskej únie (ďalej len „členský štát“) a rezidentom štátov, ktoré sú zmluvnou stranou medzinárodnej zmluvy a (ii) v nadväznosti na dohodu medzi Slovenskou republikou a Spojenými štátmi americkými na zlepšenie dodržiavania

medzinárodných predpisov v oblasti daní a na implementáciu zákona FATCA vrátane jej príloh.

V zmysle vyššie uvedeného je Poistovňa povinná vykonávať vo vzťahu ku klientom povinnú starostlivosť (zahŕňajúcu revíziu, identifikáciu a reportovanie vybraných poistných zmlúv a pod.) a plniť ďalšie povinnosti, vyplývajúce jej zo Zákona o automatickej výmene informácií.

- a) Poistovňa je povinná identifikovať daňovú rezidenciu účastníkov poistenia (najmä poistník, poistený, oprávnená osoba).
- b) Účastník poistenia berie na vedomie a súhlasí, že údaje účastníka poistenia, Poistovňou získané za účelom určenia jeho daňovej rezidencie, bude Poistovňa spracúvať za účelom plnenia svojich povinností vyplývajúcich zo Zákona o automatickej výmene informácií. Účastník poistenia je povinný na tlačive určenom Poistovňou poskytnúť Poistovní údaje, ktoré sú významné z hľadiska určenia jeho daňovej rezidencie. Poistovňa je oprávnená vyžadovať od účastníkov poistenia aj ďalšie údaje a doklady potrebné na zistenie alebo overenie ich daňovej rezidencie alebo vyžadovať potvrdenie správnosti a aktuálnosti poskytnutých údajov zo strany účastníkov poistenia, vyhotoviť si kópie požadovaných dokladov a archívovať ich pre účely kontroly zo strany príslušných orgánov. Účastník poistenia je povinný údaje a doklady podľa predchádzajúcej vety Poistovní poskytnúť, vrátane umožnenia vyhotovenia kópií týchto dokladov.
- c) Účastník poistenia berie na vedomie a súhlasí, že takto získané údaje môžu byť poskytnuté príslušným daňovým orgánom na účely výmeny daňových informácií a ich kontroly v rozsahu údajov účastníka poistenia.
- d) V prípade neposkytnutia súčinnosti zo strany dotknutého účastníka poistenia je Poistovňa oprávnená zamýšľaný obchod odmietnuť vykonať alebo takéhoto účastníka poistenia považovať za daňového rezidenta iného štátu ako Slovenskej republiky.
- e) Ďalšie informácie, ako aj akékoľvek zmeny podľa tohto článku Poistovňa oznamuje prostredníctvom svojej internetovej stránky v sekcii Dodávateľa pre spoločnosti.

C. Zákon o poisťovníctve

- a) Poistník a poistený nie je osobou s osobitným vzťahom k Poistovní. Toto vyhlásenie poistníka a poisteného sa považuje za zopakované v deň zaplatenia poistného za ďalšie poistné obdobie. Pokiaľ poistník a/alebo poistený neuviedol pravdivé údaje ohľadom jeho osobitného vzťahu k Poistovní, poistná zmluva je neplatná.
- b) Poistník svojím podpisom na poistnej zmluve vyhlasuje, že pred uzatvorením poistnej zmluve bol písomne zo strany Poistovne alebo osoby konajúcej za Poistovňu oboznámený s podmienkami uzatvorenia poistnej zmluve, a to zákonom o poisťovníctve ustanoveným vzorom Formulára o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárajúcej poistnej zmluve pre hlavné poistenie a doplnkové poistenia ako vyplývajú z poistnej zmluve.

D. Občiansky zákonník

- a) Poistník svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzuje, že mu zo strany Poistovne alebo osoby konajúcej za Poistovňu boli pred uzatvorením poistnej zmluve poskytnuté všetky údaje podľa § 792a ods. 1 a 2 Občianskeho zákonníka, a to priamym uvedením týchto údajov v poistnej zmluve alebo odovzdaním dokladov obsahujúcich tieto údaje.
- b) Údaje podľa § 792a ods. 1 a 2 Občianskeho zákonníka sú uvedené v nasledovných častiach poistnej zmluve, resp. v iných dokumentoch:
 - (i) obchodné meno a sídlo poisťovateľa, jeho právna forma, názov štátu, kde sa nachádza sídlo poisťovateľa je uvedené v záhlaví poistnej zmluve,
 - (ii) obsah všetkých poistných plnení a výška poistného za každé dohodnuté poistenie (hlavné poistenie a doplnkové poistenia) sú uvedené v časti poistnej zmluve: „Údaje o poistnom krytí a poistnom“,
 - (iii) nárok poistníka na čiastočný odkup v zmysle článku 11 Osobitných poistných podmienok pre hlavné poistenie,
 - (iv) nárok poistníka na prázdniny v platení poistného v zmysle článku 11 Všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie,

- (v) poistná doba je uvedená v časti poistnej zmluve: Údaje o poistnej zmluve: poistná doba doplnkových poistení môže byť odlišná od poistnej doby hlavného poistenia,
 - (vi) spôsob platenia poistného, jeho splatnosť a doba platenia poistného je uvedený v časti poistnej zmluve: „Sumarizácia poistného“,
 - (vii) všeobecné informácie o daňových povinnostiach sa nachádzajú v takto označenom písomnom dokumente Poistovne, ktorý bol odovzdaný poistníkovi pred podpisom poistnej zmluve zo strany Poistovne prostredníctvom splnomocnenej osoby.
 - (viii) Výška poistného za hlavné poistenie a zvolené doplnkové poistenia je uvedená v poistnej zmluve. V modeli poistnej zmluve je taktiež uvedená výška Rizikových poplatkov pre prípad úmrtia z hlavného poistenia.
- c) Spôsob zániku poistnej zmluve
 - (i) Poistnú zmluvu úplne alebo z časti (ktorékoľvek doplnkové poistenia), môže vypovedať každá zo zmluvných strán (Poistovňa alebo poistník), a to aj bez uvedenia dôvodu, v lehote 2 mesiacov odo dňa jej uzatvorenia. Výpovedná lehota je osemdeň a jej uplynutím poistenie zaniká. Výpoveď je nutná dať v písomnej forme a doručiť dotknutej zmluvnej strane.
 - (ii) V prípade vypovedania poistenia zo strany Poistovne do 2 mesiacov od uzatvorenia poistnej zmluve, poistníkovi vzniká nárok na vrátenie celého zaplateného poistného.
 - (iii) Poistenie, pri ktorom je dohodnuté bežné poistné, zanikne výpoveďou ku koncu poistného obdobia: výpoveď sa musí dať aspoň 6 týždňov pred jeho uplynutím. Poistiteľ nemôže podľa predchádzajúcej vety, vypovedať poistenie osôb s výnimkou poistenia pre prípad úrazu.
 - (iv) Poistník je oprávnený najneskôr do 30 dní odo dňa uzatvorenia poistnej zmluve od nej odstúpiť. Prejav vôle poistníka urobený do 30 dní odo dňa uzatvorenia poistnej zmluve a smerujúci k jej zrušeniu sa považuje za odstúpenie od poistnej zmluve. Odstúpenie od poistnej zmluve musí mať písomnú formu a musí byť doručené Poistovní poštou, kuriérom alebo osobne na adresu Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava.
 - (v) Ak poistník alebo poistený uviedol v poistnej zmluve, v jej dodatkoch alebo prílohách nepravdivé alebo neúplné údaje alebo odpovede (za predpokladu, že poistná zmluva alebo jej dodatky by pri pravdivom a úplnom poskytnutí daných informácií neboli uzatreté), Poistovňa je po zistení nepravdivosti alebo neúplnosti informácií oprávnená odstúpiť od poistnej zmluve. Týmto nie je dotknuté právo na náhradu škody Poistovne.
 - (vi) Ak sa Poistovňa dozvie až po poistnej udalosti, že jej príčinou je skutočnosť, ktorú pre vedome nepravdivé alebo neúplné odpovede poistníka alebo poisteného v poistnej zmluve, jej dodatkoch alebo prílohách nemohla zistiť pri dojednávani poistenia a ktorá pre uzatvorenie poistnej zmluve bola podstatná, je oprávnená plnenie z poistnej zmluve odmietnuť: odmietnutím plnenia poistenie zanikne.
 - (vii) Poistenie zaniká aj vznikom nedostatočnosti hodnoty osobného konta, t.j. ak po uplynutí 36 mesiacov poistnej doby, klesne disponibilná hodnota osobného konta na 0.
 - (viii) Poistenie zaniká aj v iných prípadoch uvedených v Občianskom zákonníku, VPP, OPP alebo v tejto poistnej zmluve.
 - d) Pri predčasnom zániku poistenia inak ako z dôvodu poistnej udalosti alebo odstúpenia od poistnej zmluve, má poistník nárok na vyplatenie odkupnej hodnoty len v prípade, že platil aj mimoriadne poistné, a to vo výške aktuálnej hodnoty mimoriadneho poistného. Poistník týmto potvrdzuje, že prostredníctvom Poistovňou splnomocnenej osoby bol oboznámený s predpokladanou výškou odkupnej hodnoty, pričom Poistník prevzal Model poistnej zmluve (ďalej len „Model“), ktorý predpokladanú výšku odkupnej hodnoty bližšie špecifikuje. Poistník potvrdzuje, že Model mu bol zo strany Poistovňou splnomocnenej osoby odovzdaný pred podpisom poistnej zmluve. Poistník potvrdzuje, že Model bol vyhotovený v troch prepočtoch, každý s inou úrokovou sadzbou. Poistník týmto berie na vedomie, že Model je vzorovým prepočtom podľa Občianskeho zákonníka, ktorý je modelovým výpočtom a z neho nevyplývajú žiadne nároky a vychádza z parametrov poistenia a predpokladov aktuálnych v čase podpisania poistnej zmluve. Výška odkupnej hodnoty nie je garantovaná. Poistná suma je garantovaná pri všetkých druhoch poistenia.

- e) Súčasťou informačnej povinnosti Poistovne vo vzťahu k poistníkovi počas trvania poistenia je aj informovanie poistníka raz ročne o aktuálnej výške odkupnej hodnoty k dátumu určenému Poistovňou, to znamená sumy, ktorú by Poistovňa vyplatila pri predčasnom zrušení ku dňu, ku ktorému bola stanovená. Suma podľa predchádzajúcej vety bude Poistovňou stanovená aj s ohľadom na prípadné zmeny poistenia v čase od podpísania poistnej zmluvy.
- f) Poistník si v poistení s investičným rizikom volí Investičnú stratégiu z aktuálnej ponuky finančných fondov pri uzavretí poistnej zmluvy. Investičná stratégia určuje, aká časť poistného bude investovaná do každého zo zvolených finančných fondov a na podielové jednotky (investičné podiely) akých finančných fondov bude viazané poistné plnenie. Spôsob pripisovania poistného na osobné konto ako aj spôsob strhávania poplatkov je uvedený v článku 7 Všeobecných poistných podmienok pre životné poistenie a v článku 3 Osobitných poistných podmienok pre investičné poistenie.
- Upozornenie:** S investovaním do finančných fondov je spojená rôzna miera investičného rizika, ktorá závisí od zvolenej investičnej stratégie jednotlivých finančných fondov. Poistovňa neposkytuje žiadne záruky, hodnota investovaných prostriedkov môže rásť ale aj klesať, a nie je zaručená návratnosť investovanej sumy. Doterajší alebo propagovaný výnos finančného fondu nie je zárukou jeho budúceho výnosu. Poistník má právo na zmenu investičnej stratégie kedykoľvek počas poistnej doby Hlavného poistenia. O túto zmenu musí poistník požiadať poistovňu písomne. Odo dňa akceptácie zmeny Poistovňou budú podielové jednotky finančných fondov pripisované na osobné konto podľa novej investičnej stratégie a/alebo hodnota osobného konta podľa pôvodnej investičnej stratégie bude prevedená do finančných fondov podľa novej investičnej stratégie. Poistovňa má právo odmietnuť požadovanú zmenu investičnej stratégie, ak disponibilná hodnota osobného konta je menšia ako dvojnásobok poplatku za zmenu investičnej stratégie.
- g) Informácie o povahe podkladových aktív výlučne pre poistené zmluvy investičného životného poistenia sú uvedené v Štatútoch vlastných fondov, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy a poistník potvrdzuje, že mu boli zo strany Poistovňou splnomocnenej osoby odovzdané pred podpisom poistnej zmluvy.
- h) Spôsob vybavovania sťažností Podnet/sťažnosť je možné podať nasledovnou formou:
 (i) písomne na adresu Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava,
 (ii) e-mailom na staznosti@aegon.sk
- (iii) alebo telefonicky či faxom prostredníctvom kontaktného centra (Tel: 0850 123466 Fax: 022066 8110)
- Obsah sťažnosti:
 (i) sťažnosť musí obsahovať meno a priezvisko sťažovateľa, adresu sťažovateľa, predmet sťažnosti a čoho sa sťažovateľ domáha,
 (ii) sťažnosť musí byť zrozumiteľná, čitateľná a podpísaná sťažovateľom (pokiaľ to nie je v rozpore s formou sťažnosti).
 Lehota na vybavenie sťažnosti je 30 dní odo dňa doručenia sťažnosti, v odôvodnených prípadoch môže byť predĺžená na 60 dní, o čom bude sťažovateľ informovaný.
- i) Všetky spory, ktoré môžu vzniknúť na základe poistnej zmluvy alebo v súvislosti s ňou patria do výlučnej právomoci súdov Slovenskej republiky a budú rozhodované podľa právneho poriadku Slovenskej republiky.
- j) Poistovňa zverejňuje svoju správu o finančnom stave na webovom sídle Poistovne www.aegon.sk v sekcii AEGON Životná poistovňa. (prvýkrát bude zverejnená v priebehu roku 2017 správa za rok 2016)

E. Ďalšie vyhlásenia a súhlasy poistníka a poisteného

- a) Poistník a poistený podpisom tejto poistnej zmluvy vyhlasujú a potvrdzujú, že všetky informácie, ktoré každý z nich uviedol v tejto poistnej zmluve a predložil Poistovni v súvislosti s touto poistnou zmluvou sú úplné, pravdivé a aktuálne ku dňu datovania tejto poistnej zmluvy; žiaden z nich neopomenul uviesť informáciu, ktorej uvedenie by spôsobilo, že iná informácia uvedená alebo predložená Poistovni v tejto poistnej zmluve alebo v súvislosti s ňou je neúplná, nepravdivá alebo zavádzajúca v akomkoľvek podstatnom ohľade.
- b) Poistený a poistník súhlasia, aby Poistovňa po podpísaní tejto poistnej zmluvy a do vydania potvrdenia uzavretí poistnej zmluvy zmenila čiastku mesačného poistného za hlavné poistenie, doplnkové poistenia, čiastku poistného za dojednané poistné obdobie a/alebo poistnú sumu maximálne len o 10 % z pôvodne dohodnutej čiastky, a to v prípade zistenia chyby v písaní alebo počítaní v poistnej zmluve alebo z dôvodu ocenenia rizika poisteného. Poistník je oprávnený odmietnuť zmeny podľa predošlej vety bezodkladne po doručení potvrdenia o uzavretí poistnej zmluvy v písomnom odmietnutí, ktoré sa zároveň považuje za výpoveď doplnkového poistenia, resp. poistnej zmluvy. V prípade odmietnutia podľa predchádzajúcej vety, doplnkové poistenie/poistenie zaniká ku dňu doručenia výpovede Poistovni a Poistovňa nie je oprávnená si uplatňovať akýkoľvek poplatok za takýto úkon poistníka.