

### 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

BarKód

Kontaktné údaje: aegon@aegon.sk, 0850 123 466

Číslo poistnej zmluvy:

### 1. POVINNÉ ÚDAJE - POISTNÍK

**Meno a priezvisko/ Názov alebo Obchodné meno Poistníka**

Rodné číslo / IČO

### 2. POVINNÉ ÚDAJE - POISTENÝ

Pozícia Poisteného na poistnej zmluve:  Poistený č.:   Tútor č.:   Dieťa

**Meno a priezvisko Poisteného**  Rodné číslo

### 3. ZMENA V DOPLNKOVOM POISTENÍ (PRIPOISTENÍ) Vpíšte kód jednej z možností.

Požadovaná poistná suma:

A-zvýšenie poistnej sumy, B-zníženie poistnej sumy,  
 C-dojednanie doplnkového poistenia, D-zrušenie doplnkového poistenia (pripoistenia).

V prípade kódov A a C je povinné VŽDY vyplniť ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK. V prípade kódov A a C pre doplnkové poistenie (pripoistenie) pre pripoistené deti je povinné vyplniť údaje o pripoistených deťoch a ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK PRE DIETA.

Prevzatia platenia poistného v prípade invalidity (5PI) Iba kód C a D  pre POISTENÉHO  pre POISTNÍKA, ktorý sa stáva POISTENÝM

Oslobodenia od platenia poistného (OOPP) Iba kód C a D  pre POISTENÉHO  pre POISTNÍKA, ktorý sa stáva POISTENÝM

Invalidity s rentovou výplatom od 41 % (IRV41) Čistý mesačný príjem  €  €

Invalidity s rentovou výplatom od 71 % (IRV71) Čistý mesačný príjem  €  €

Invalidity s jednorazovou výplatom (IJV) Čistý mesačný príjem  €  €

Invalidity od 41 % a úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (IUK41) Poistná doba  r.  €

Invalidity od 71 % a úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (IUK71) Poistná doba  r.  €

Čistý mesačný príjem (VYPLŇTE pre IUK41, IUK71)  €

Za účelom krytia úveru (VYPLŇTE pre IUK41, IUK71)  Áno  Nie Výška úveru  €

Úmrtia (PÚ) Poistná doba  r.  €

Úmrtia v dôsledku infarktu srdca alebo mozgovej príhody (ÚIM)  €

Úmrtia v dôsledku úrazu (ÚÚ)  €

Úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (PUK16) Poistná doba  r.  €

Trvalých následkov úrazu (TNUD)  €

Trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením (TNPDP)  €

### „Program Vernosť“ – Trvalé následky úrazu

Týmto sa ruší existujúce pripoistenie trvalých následkov úrazu KOMPLET (TNUK), resp. pripoistenie trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením KOMPLET (TNPDK) v aktuálnej výške poistnej sumy a zároveň sa dojednáva:

Doplnkové poistenie trvalých následkov úrazu (TNUDS)  €

Doplnkové poistenie trvalých následkov s progresívnym plnením (TNPDS)  €

Ak nie je vyplnená poistná suma, má sa za to, že poistná suma pre nové doplnkové poistenie zostáva rovnaká ako bola pre pôvodné pripoistenie.

Poistná suma pre nové doplnkové poistenie musí byť rovnaká alebo nižšia ako bola poistná suma pre pôvodné pripoistenie. V prípade, že Poistník má záujem o vyššiu poistnú sumu, je nutné na **navýšený rozdiel** dojednať TNUD alebo TNPDP.

			Poistná suma:						
<input type="checkbox"/>	Doby nevyhnutnej liečby úrazu (DLU17)	Čistý mesačný príjem	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	Doby nevyhnutnej liečby úrazu PLUS (DLUD17)	Čistý mesačný príjem	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	Operácie v dôsledku choroby (OCH)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	Najčastejších závažných chorôb (ZCH 4)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	Následkov závažných chorôb alebo úrazov (ZCHN) Iba kód C, D (len ak je dohodnuté ZCH 4)		Poistná suma pre ZCH4 je zároveň spoločnou poistnou sumou pre ZCHN.						
<input type="checkbox"/>	<b>„Program Vernosť“ – Závažné choroby</b> Týmto sa ruší existujúce pripoistenie pre prípad ochorenia na kritickú chorobu (KCH), resp. pripoistenie/doplňkové poistenie závažných chorôb (ZCH/ZCH II) a automaticky sa ruší aj pripoistenie/doplňkové poistenie závažných chorôb pre mužov (ZCHM) alebo pripoistenie/doplňkové poistenie závažných chorôb pre ženy (ZCHŽ), ak sú dojednané v poistnej zmluve, v aktuálnej výške poistnej sumy a zároveň sa dojednáva:  Doplňkové poistenie najčastejších závažných chorôb (ZCH4S) a súčasne <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € Doplňkové poistenie následkov závažných chorôb alebo úrazov (ZCHNS)  Ak nie je vyplnená poistná suma, má sa za to, že poistná suma pre nové doplňkové poistenie zostáva rovnaká ako bola pre pôvodné pripoistenie.  Poistná suma pre nové doplňkové poistenie musí byť rovnaká alebo nižšia ako bola poistná suma pre pôvodné pripoistenie/doplňkové poistenie. Poistná suma pre ZCH4S je zároveň spoločnou poistnou sumou pre ZCHNS. V prípade, že Poistník má záujem o vyššiu poistnú sumu, je nutné na <b>navýšený rozdiel</b> dojednať ZCH4 alebo aj ZCHN.								
<input type="checkbox"/>	Závažných chorôb II. (ZCH II.) so stúpajúcim poistným		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	Závažných chorôb pre ženy (ZCHŽ) Iba kód C, D (len ak je dohodnuté ZCH II.)		Poistná suma pre ZCHŽ je čiastka zodpovedná 20 % poistnej sumy ZCH alebo ZCH II.						
<input type="checkbox"/>	Závažných chorôb pre mužov (ZCHM) Iba kód C, D (len ak je dohodnuté ZCH II.)		Poistná suma pre ZCHM je čiastka zodpovedná 20 % poistnej sumy ZCH alebo ZCH II.						
<input type="checkbox"/>	Hospitalizácie (HOSPK)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	Práceschopnosti (PPNK17) od <input type="checkbox"/> 28. dňa (strednodobá) <input type="checkbox"/> 56. dňa (dlhodobá)	(POZOR! Pre SZČO bez nemocenského poistenia nie je možné dojednať PPNK17)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
	Čistý mesačný príjem <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> SZČO nemocensky poistená <input type="checkbox"/> Zamestnanec							
<input type="checkbox"/>	Závažných chorôb pre deti (ZCHD)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<b>4. PRIPOISTENIA/DOPLŇKOVÉ POISTENIA, NEVYMENOVANÉ v časti 3.</b>									
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Čistý mesačný príjem*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Čistý mesačný príjem*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Čistý mesačný príjem*	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> € <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
*potrebné vyplniť len v prípade kódu A pre pripoistenia DO, DOK, DDU, DLUK, DLUD, DLU, PPNK									
<input type="checkbox"/>	<b>Zrušenie všetkých doplňkových poistení/pripoistení na poistnej zmluve</b>								
<input type="checkbox"/>	<b>Zmena extrapoistného:</b>	<input type="checkbox"/> zvýšenie <input type="checkbox"/> zníženie	Požadované extrapoistné: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<b>5. ZMENA V HLAVNOM POISTENÍ (V prípade voľby „zvýšenie“ je povinné VŽDY vyplniť ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK)</b>									
<input type="checkbox"/>	<b>Zmena garantovanej poistnej sumy/ cieľovej hodnoty osobného konta:</b>	<input type="checkbox"/> zvýšenie <input type="checkbox"/> zníženie	Nová poistná suma / cieľová hodnota osobného konta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<input type="checkbox"/>	<b>Zmena mesačného poistného za hlavné krytie:</b>	<input type="checkbox"/> zvýšenie <input type="checkbox"/> zníženie	Nové mesačné poistné za hlavné krytie <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €						
<b>6. ZMENY TÝKAJÚCE SA PLATENIA POISTNÉHO</b>									
<input type="checkbox"/>	<b>Zmena spôsobu platenia poistného na:</b>	<input type="checkbox"/> peňažným poukazom <input type="checkbox"/> bankovým prevodom							
<input type="checkbox"/>	<b>Zmena frekvencie platenia poistného na:</b>	<input type="checkbox"/> ročná <input type="checkbox"/> polročná <input type="checkbox"/> štvrtročná <input type="checkbox"/> mesačná							
Na výpočet poistného za nové doplňkové poistenia je použitý aktuálne platný sadzobník a pre zvýšenie/zníženie poistných súm doplňkového poistenia (pripoistenia) je použitý platný sadzobník k danému doplňkovému poisteniu (pripoisteniu).		<table border="1"> <tr> <td><b>SUMARIZÁCIA</b></td> <td style="text-align: right;">nové</td> </tr> <tr> <td><b>Celkové mesačné poistné za hlavné krytie a doplňkové poistenia:</b></td> <td><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> €</td> </tr> <tr> <td><b>Požadované frekvenčné poistné:</b></td> <td><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> €</td> </tr> </table>		<b>SUMARIZÁCIA</b>	nové	<b>Celkové mesačné poistné za hlavné krytie a doplňkové poistenia:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €	<b>Požadované frekvenčné poistné:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €
<b>SUMARIZÁCIA</b>	nové								
<b>Celkové mesačné poistné za hlavné krytie a doplňkové poistenia:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €								
<b>Požadované frekvenčné poistné:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> €								

## 7. Aegon beneFIT (Nie je možné dojednať k detskému životnému poisteniu Juventus a Štart)

### Poistník a Poistený:

**Mám záujem o bonusové poistné krytie Aegon beneFIT**

**(žiadosť 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 svojim podpisom a písomným súhlasom bezvýhradne a bezpodmienečne vyhlasujú a potvrdzujú v prospech Poistovne, že:

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

## 8. ZMENA OPRÁVNENÝCH OSÔB

Zadaním oprávnených osôb a podielu na plnení sa automaticky ruší pôvodné nastavenie oprávnených osôb a podielu na plnení.

**určené podľa Občianskeho zákonníka (pokiaľ nie sú stanovené oprávnené osoby)**

**určujem nasledovne:**

Meno a priezvisko / Obchodné meno alebo názov právnickej osoby	Rodné číslo / IČO	Podiel na plnení
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

## 9. PRIPOISTENÉ DETI

Meno a priezvisko dieťaťa	Pohlavie	Rodné číslo	Športová činnosť/volno-časová aktivita
1. <input type="text"/>	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> amatérsky <input type="checkbox"/> rekreačne
2. <input type="text"/>	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> amatérsky <input type="checkbox"/> rekreačne
3. <input type="text"/>	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> profesionálne <input type="checkbox"/> amatérsky <input type="checkbox"/> rekreačne

Trvalé následky úrazu (TNUD) s poistnou sumou  €

Trvalé následky úrazu s progresívnym poistným plnením (TNPD) s poistnou sumou  €

Doba nevyhnutnej liečby úrazu PLUS (DLUD17) s poistnou sumou  €

Závažné choroby pre deti (ZCHD) s poistnou sumou  €

## 10. ÚČINNOSŤ ZMENY

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

**Zmeny, ktoré nadobúdajú účinnosť dňom akceptácie Žiadosti Poistovňou:** zmena oprávnených osôb.

**Zmeny, ktoré sú účinné k najbližšiemu nasledujúcemu dátumu splatnosti poistného po akceptácii Žiadosti Poistovňou:** dojednanie/zrušenie doplnkového poistenia (pripoistenia), zvýšenie/zníženie poistného, zmena frekvencie platenia, pridanie poistených osôb, zmena spôsobu platenia, dojednanie poistného krytia Aegon beneFIT, Program Vernosť.

**Poistovňou:** dojednanie/zrušenie doplnkového poistenia (pripoistenia), zvýšenie/zníženie poistného, zmena frekvencie platenia, pridanie poistených osôb, zmena spôsobu platenia, dojednanie poistného krytia Aegon beneFIT, Program Vernosť.

V prípade, že máte záujem o neskorší dátum účinnosti zmeny, uveďte konkrétny dátum  **20**

## ŠPECIÁLNE PODMIENKY PRE PROGRAM VERNOSŤ

### Doplnkové poistenie ZCH4S a doplnkové poistenie ZCHNS

Pre doplnkové poistenie ZCH4S platia Osobitné poistné podmienky doplnkového poistenia najčastejších závažných chorôb (OPP ZCH4) a pre doplnkové poistenie ZCHNS platia Osobitné poistné podmienky pre doplnkové poistenie následkov závažných chorôb alebo úrazov (OPP ZCHN) v znení týchto Špeciálnych podmienok:

### Odchylné od OPP ZCH4 a OPP ZCHN platia tieto Špeciálne podmienky pre doplnkové poistenie ZCH4S a doplnkové poistenie ZCHNS:

- Výmena existujúceho pripoistenia/doplnkového poistenia za nové doplnkové poistenie ZCH4S a/alebo ZCHNS môže byť realizovaná za splnenia podmienky **uplynutia čakacej doby**, platnej pre rušené pripoistenie/doplnkové poistenie.
- Pokiaľ bola nahlásená poistná udalosť z doplnkového poistenia/pripoistenia, ktoré má byť zrušené, nie je možná výmena za nové doplnkové poistenie závažných chorôb.

3. Pre nové doplnkové poistenie ZCH4S a ZCHNS sa ustanovenia OPP o čakacej dobe neaplikujú v prípade, že ide o prekrývajúce sa poistné udalosti. **Prekrývajúce poistné udalosti sú také**, ktoré sú definované ako poistná udalosť v zmysle osobitných poistných podmienok zrušeného doplnkového poistenia/pripoistenia (KCH, ZCH, ZCH II, ZCHM, ZCHŽ) daného Poisteného v zmysle tejto Žiadosti **a zároveň sú tiež** definované ako poistná udalosť v novom doplnkovom poistení poisteného v zmysle OPP ZCH4 alebo OPP ZCHN.
4. V prípade, ak nastane poistná udalosť z prekrývajúcej sa poistnej udalosti, pre posudzovanie zdravotného stavu je rozhodný zdravotný stav Poisteného v čase uzatvorenia zrušeného doplnkového poistenia/pripoistenia (KCH, ZCH, ZCHII, ZCHM, ZCHŽ).

#### Doplnkové poistenie TNUDS a doplnkové poistenie TNPDS

**Pre doplnkové poistenie TNUDS platia Osobitné poistné podmienky pre doplnkové poistenie trvalých následkov úrazu (OPP TNUD) a pre doplnkové poistenie TNPDS platia Osobitné poistné podmienky pre doplnkové poistenie trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením (OPP TNPD) v znení týchto Špeciálnych podmienok:**

1. Pokiaľ bola nahlásená poistná udalosť z pripoistenia, ktoré má byť zrušené, nie je možná výmena za nové doplnkové poistenie trvalých následkov úrazu.
2. V prípade, ak nastane poistná udalosť, pre posudzovanie zdravotného stavu je rozhodný zdravotný stav Poisteného v čase uzatvorenia zrušeného pripoistenia (TNUK, TNPK).

#### VYHLÁSENIA A POTVRDENIA POISTNÍKA A POISTENÉHO

Poistník a Poistený svojim podpisom vyhlasujú, že sa oboznámili a súhlasia s Vyhláseniami a súhlasmi poistníka a poisteného, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tejto Žiadosti a sú uvedené na strane 4 a 5 tejto Žiadosti. Poistník potvrdzuje, že v prípade dojednaní doplnkového poistenia ako aj dojednaní poistného krytia Aegon beneFIT sa oboznámil s poistnými podmienkami platnými pre dojednané doplnkové poistenie, resp. poistné krytie Aegon beneFIT, ktoré mu boli buď doručené na jeho mailovú adresu, alebo mu boli odovzdané zo strany Poistovňou splnomocnenej osoby.

#### „Program Vernosť“

Poistník súhlasí s tým, že pre účely zachovania pôvodného celkového poistného bude prípadný rozdiel medzi pôvodným celkovým poistným a nižším novým celkovým poistným použitý nasledovne:

V produktoch rizikového životného poistenia s voliteľným investovaním do fondov bude v závislosti od výšky tohto rozdielu navýšená garantovaná poistná suma.

V produktoch životného poistenia s investovaním do fondov vzniknutý rozdiel navýši poistné za Hlavné poistenie.

V produktoch detského životného poistenia s investovaním do fondov a v produktoch Garant, Global a Partner bude tento rozdiel považovaný za extrapoistné, ktoré bude umiestňované do osobného konta.

V

Dňa

Podpis Poistníka

Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)

Štát vydania

Podpis Poisteného

Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)

Štát vydania

Podpis zákonného zástupcu dieťaťa

Vzťah zákonného zástupcu k poistenému

Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)

Štát vydania

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

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

#### Poistovňou splnomocnená osoba (finančný agent):

Podpis

Meno a priezvisko/Obchodné meno

SP číslo finančného agenta

Email

Mobilné telefónne číslo

## VYHLÁSENIA A SÚHLASY POISTNÍKA A POISTENÉHO

### A. Ochrana osobných údajov

- a) Poistovňa 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 uzavretie poistnej zmluvy. Poistovňa 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“) Poistovňa spracúva za účelom (i) uzavretia 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 Poistovňa 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 Poistovňou vyplýva z právnych predpisov, (ii) osoby, ktoré pre Poistovňu 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. Üllői 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 ine skutočnosti podľa Zákona o ochrane osobných údajov budú oznamované osobitným internetovej stránky Poistovne v sekcii Dodávateľa pre spoločnosti Aegon.
- e) Osobou poverenou spracúvaním osobných údajov (sprostredkovateľom) je i) finančný agent, ktorý uzavretie poistnej zmluvy sprostredkoval, ii) ďalšie osoby, ktorých aktuálny zoznam Poistovňa oznamuje prostredníctvom svojej internetovej stránky v sekcii Dodávateľa pre spoločnosti Aegon.
- f) Poistovňa 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 Poistovňa povinná uschovávať dokumentáciu podľa všeobecne záväzných právnych predpisov.
- j) Ochrana osobných údajov a Dôverných informácií Poistovňa 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 Poistovňou voči poistníkovi alebo poistenému. Poistovňa 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 archivovať ich pre účely kontroly zo strany príslušných orgánov. Účastník poistenia je povinný údaje a doklady podľa predchádzajúcej vety Poistovní poskytnúť, vrátane umožnenia vyhotovenia kópii 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 takého

účastníka poistenia považovať za daňového rezidenta iného štátu ako Slovenskej republiky.

- e) Ďalšie informácie, ako aj akékoľvek zmeny podľa tohto článku Poistovnía oznamuje prostredníctvom svojej internetovej stránky v sekcii AEGON Životná poistovnía.

### C. Ďalšie vyhlásenia a súhlasy poistníka a poisteného

- a) Poistník a poistený podpisom tejto Žiadosti vyhlasujú a potvrdzujú, že všetky informácie, ktoré každý z nich uviedol v tejto Žiadosti a predložil Poistovní v súvislosti s poistnou zmluvou uvedenou na prvej strane tejto Žiadosti sú úplné, pravdivé a aktuálne ku dňu datovania tejto Žiadosti; žiaden z nich neopomenul uviesť informáciu, ktorej uvedenie by spôsobilo, že iná informácia uvedená alebo predložená Poistovní v tejto Žiadosti alebo v súvislosti s poistnou zmluvou uvedenou na prvej strane tejto Žiadosti je neúplná, nepravdivá alebo zavádzajúca v akomkoľvek podstatnom ohľade.
- b) Poistený a poistník súhlasia, aby Poistovnía po podpísaní tejto Žiadosti a do vydania potvrdenia o poistení 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 alebo z dôvodu ocenenia rizika poisteného. Poistník je oprávnený odmietnuť zmeny podľa predošlej vety bezodkladne po doručení potvrdenia o poistení v písomnom odmietnutí, v ktorom uvedie, že žiada vypovedať doplnkové poistenie, resp. poistnú zmluvu. V prípade žiadosti poistníka vypovedať doplnkové poistenie/ poistnú zmluvu, doplnkové poistenie/poistenie zaniká ku dňu doručenia výpovede Poistovní a Poistovnía nie je oprávnená si uplatňovať akýkoľvek poplatok za takýto úkon poistníka.
- c) Poistník a poistený súhlasia, aby sa ustanovenia všeobecných poistných podmienok a osobitných poistných podmienok o počiatočnom poplatku, výške počiatočného poplatku, dobe odpočítavania počiatočného poplatku, splatnosti počiatočného poplatku v prípade zvýšenia bežného poistného z akéhokoľvek dôvodu vzťahovali aj na každú časť bežného poistného, o ktorú sa bežné poistné zvýšilo. Doba odpočítavania počiatočného poplatku začína plynúť odo dňa účinnosti zvýšenia bežného poistného. Pri určení doby odpočítavania počiatočného poplatku je rozhodujúci celý počet rokov zostávajúcí do konca poistnej doby hlavného poistenia.

### D. Finančné fondy

S investovaním do Finančných fondov je spojená rôzna miera investičného rizika, ktorá závisí od zvolenej investičnej stratégie jednotlivých Finančných fondov. Poistovnía 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 Poistovnía písomne. Odo dňa akceptácie zmeny Poistovnía 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. Poistovnía má právo odmietnuť požadovanú zmenu investičnej stratégie, ak disponibilná hodnota osobného konta je menšia ako dvojnásobok poplatku za zmenu investičnej stratégie.

### E. Zmena a doplnenie Osobitných poistných podmienok pre investičné poistenie

- a) Poistovnía má právo z objektívnych dôvodov vytvoriť nové Finančné fondy, zmeniť zloženie existujúcich Finančných fondov alebo zrušiť existujúce Finančné fondy. Zmenu povolenej triedy (druhu) podkladových aktív Finančných fondov a zrušenie existujúcich Finančných fondov uskutoční Poistovnía z vážneho objektívneho dôvodu, ktorý Poistovnía nezapríčinila alebo nemohla predvídať a ani odvrátiť. Poistovnía informuje účastníkov poistenia o zrušení Finančných fondov vopred zverejnením a písomným oznámením adresovaným poistníkovi. Ak poistník v lehote určenej Poistovnía písomne nepožiadá Poistovnía o prevedenie Podielových jednotiek Finančného fondu, ktorý sa má zrušiť, do iného Finančného fondu určeného poistníkom, Poistovnía automaticky ku dňu zrušenia Finančného fondu prevedie bezplatne Podielové jednotky zrušovaného Finančného fondu na Podielové jednotky iného, rizikovým profilom obdobného Finančného fondu z aktuálnej ponuky Finančných fondov Poistovnía.
- b) V prípade, ak Poistovnía kedykoľvek počas trvania poistenia zisti, že poistník je Obmedzeným investorom, Poistovnía má právo:
- navrhnuť úpravu ponuky Finančných fondov pre poistníka na Finančné fondy, ktorých predajné podmienky podkladových aktív neobsahujú obmedzenia alebo výluky vo vzťahu k poistníkovi,
  - navrhnuť poistníkovi zmenu Finančných fondov, ktorých predajné podmienky podkladových aktív neobsahujú obmedzenia alebo výluky vo vzťahu k poistníkovi,
  - navrhnuť poistníkovi uzatvorenie dohody o ukončení poistnej zmluvy,
  - navrhnuť poistníkovi uzatvorenie dohody o zrušení osobného konta poistnej zmluvy, ak to povaha poistného produktu umožňuje.
- c) Ak poistník, ktorý je Obmedzeným investorom, so žiadnym z návrhov podľa bodu b) tohto písmena nesúhlasí, príp. naň nezareaguje najneskôr do 30 dní odo dňa doručenia návrhu Poistovnía, poistník a Poistovnía sa dohodli, že poistenie zaniká ku dňu, kedy sa stal poistník Obmedzeným investorom.
- d) V prípade, že poistník uzatvorí s Poistovnía dohodu o zrušení osobného konta, ohľadne zvyšnej časti poistnej zmluvy má poistník právo odstúpiť najneskôr v lehote 30 dní odo dňa uzatvorenia dohody o zrušení osobného konta, čím sa poistná zmluva zrušuje od počiatku. Poistovnía po odstúpení od poistnej zmluvy vráti poistníkovi zaplatené poistné, pričom má právo si od zaplateného poistného odpočítať, čo už plnila poistníkovi/poistenému, ako aj náklady súvisiace so správou poistnej zmluvy poistníka. Právo na náhradu škody Poistovnía týmto nie je dotknuté.

## VYSVETLIVKY

### Obmedzený investor

Poistník, ktorému sa počas trvania poistenia vyskytne/vznikne väzba na Spojené štáty americké, Spojené kráľovstvo Veľkej Británie a Severného Írska, Singapurskú republiku alebo Kanadu, prípadne, ak poistník začne splňať

niektoré z iných výluk a obmedzení v zmysle podmienok predaja podielových listov alebo cenných papierov zahraničných subjektov kolektívneho investovania, ktoré tvoria podkladové aktíva finančného fondu, do ktorého poistník umiestňuje poistné alebo jeho časť.

**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  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
A  
B  
C  
D  
E  
F  
G  
H  
I  
J  
K  
L  
M  
N  
O  
P  
R  
S  
T  
U  
V  
W  
X  
Y  
Z

**POISTENÝ**

Meno

Priezvisko

Rodné číslo

**Zamestnanie a voľnočasové aktivity**

**Zamestnávateľ**

Obchodné meno/názov

Pracovná pozícia

Riziková skupina  1  2  3

Športová činnosť/  
Voľno-časová aktivita

profesionálne  amatérsky  rekreačne

**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 ošetrojúci lekár:

Ženský lekár:

**ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK**

**POISTENÝ**  
áno nie

1. Pracujete alebo pracovali ste na pracovisku, ktoré je klasifikované ako zdraviu škodlivé?
  - a) Vykonávate ťažkú fyzickú prácu?
  - b) Ste alebo boli ste aktívnym (registrovaným) športovcom?
2. **Ste v súčasnosti práceneschopný?**
3. Poberáte starobný dôchodok?  
  - a) **Poberáte invalidný dôchodok?**
  - b) Podali ste si niekedy žiadosť o poberanie invalidného dôchodku alebo o zmenu pracovnej schopnosti?
4. Utrpeli ste niekedy úraz alebo otravu s trvalými následkami?  
  - a) Stratili ste niekedy vedomie?
5. Odmietla s Vami už nejaká poisťovňa uzavrieť životné, úrazové poistenie alebo poistenie choroby?  

(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?
  - b) Máte v súčasnosti uzavreté poistenie invalidity s rentovou výplatom, alebo máte podaný návrh na uzavretie takého poistenia? (Ak áno, uveďte poisťnú sumu.)
6. Ste telesne postihnutý alebo máte nejakú vrodenú vadu?
7. Máte poruchy sluchu?
8. Ste alebo boli ste liečený na vysoký krvný tlak alebo srdcovo-cievne ochorenie?
9. Fajčíte alebo fajčili ste v minulosti? (Ak áno, uveďte počet ks/deň.)
10. Používali ste/používate elektronickú cigaretu alebo nikotínové náplaste? (Ak áno, upresnite čo a ako často.)
11. Pravidelne požívate alkoholické nápoje? (Ak áno, uveďte druh a dennú dávku.)  
  - 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 lekárske 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? <b>(odpovedajú len ženy)</b>	<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? <b>(odpovedajú len muži)</b>	<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 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 lekárskeým posudkom, na základe ktorého bol invalidný dôchodok priznaný.

#### Priložené 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