

**Názov, sídlo, právna forma a registrácia poisťovne:**

AEGON Životná poisťovňa, a. s., Mostová 2, 811 02 Bratislava, IČO: 35 979 356, DIČ: 2022134345  
 Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka číslo: 3810/B

MENO A PRIEZVISKO ŽIADATEĽA O POISTENIE	Dátum narodenia	Rodné číslo:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA ŽIADATEĽA O POISTENIE

MENO A PRIEZVISKO VÁŠHO OSOBNÉHO LEKÁRA, U KTORÉHO MÁTE V EVIDENCIÍ SVOJU ZDRAVOTNÚ KARTU:

ADRESA A TELEFÓNNE ČÍSLO VÁŠHO OSOBNÉHO LEKÁRA:

DÁTUM A DÔVOD POSLEDNÉHO VYŠETRENIA U LEKÁRA (za posledných 5 rokov)

	áno	nie		áno	nie
1. Liečili ste sa alebo mali ste príznaky uvedených chorôb:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Vyhľadali ste niekedy lekársku pomoc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) očí, uší, nosa, hrdla alebo dutiny ústnej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Absolvovali ste EKG, RTG, CT alebo iné diagnostické vyšetrenie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dlhotrvajúci kašeľ, sťažené dýchanie, vykašľavanie krvi, zápal priedušiek pohrudnice, pľúc, astmu, tuberkulózu alebo iné ochorenie dýchacích ciest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Ste sledovaný v odbornej ambulancii?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) bolesti na hrudníku, búšenie srdca, vysoký krvný tlak, infarkt alebo iné ochorenia srdca a ciev?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Užívate pravidelné lieky, aké?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) vredové ochorenie, zápalové ochorenie čriev, koliku, hemoroidy, žltičku alebo iné ochorenie čriev, žalúdka, pečene, žlčníka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Máte v súčasnosti akékoľvek zdravotné problémy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) obličiek, močového mechúra, prostaty, pohlavných orgánov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Výška (cm): ..... Hmotnosť (kg): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) cukrovku, ochorenie podžalúdovej žľazy, poruchy štítnej žľazy alebo iných žliaz s vnútorným vylučovaním?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. V prípade, že fajčíte, uveďte priemernú dennú spotrebu cigariet (ks): .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ochorenia krvi, lymfatických uzlín, alergiú?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. V prípade, že konzumujete alkoholické nápoje, uveďte druh a dennú spotrebu: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ochorenia kože, cysty, nádorové ochorenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Vyskytli sa v rodine závažné srdcovo - cievne ochorenia, vysoký krvný tlak, cukrovka, dedičné ochorenia, nádorové ochorenia, psychické choroby?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) artritídu, reumatizmus, dnu, ischias, ochorenia svalov, kĺbov, kostí, chrčtice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Boli ste liečení v nemocnici, sanatóriu alebo inom zdravotníckom zariadení? (priložte kópiu prepúšťacej správy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) kŕče, závrate, poruchy vedomia, reči, mŕtvicu, ochrnutie alebo iné neurologické či psychické ochorenie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Týka sa iba mužov:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) vrodené chyby, amputácie, deformácie končatín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Boli ste uvoľnený zo zdrav. dôvodov z vojenskej služby alebo ste mali odklad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) nadmerné požívanie alkoholických nápojov, tabaku alebo iných návykových látok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Týka sa iba žien:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Podstúpili ste operačný zákrok? (aký a kedy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Liečili ste sa alebo ste sledovaní pre akékoľvek gynekologické ochorenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Utrpeli ste úraz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(priložte kópiu lekárskej správy z prvého vyšetrenia, uveďte prípadné trvalé následky)					
4. Poberáte invalidný dôchodok?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Mali ste niekedy pozitívny HIV test alebo boli ste liečení v súvislosti s ochorením AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Ak ste na ktorúkoľvek z otázok odpovedali áno, v prázdnej časti uveďte číslo otázky a všetky podrobnosti týkajúce sa kladnej odpovede (napr. dátum diagnostikovania choroby, opis choroby, príčiny choroby, výsledky liečby, užitie lieky a ich dávkovanie). Ak ste niečo uviedli v samostatnej prílohe, označte to v bode 18 a prílohu priložte k tomuto dotazníku.

**Ako prílohu tiež priložte:** prepúšťacie správy z hospitalizácie alebo operácie, výsledky histologických vyšetrení. Ak poberáte invalidný dôchodok, je potrebné predložiť rozhodnutie Sociálnej poisťovne spolu s lekárskej posudkom, na základe ktorého bol invalidný dôchodok priznaný. V prípade tehotenstva je potrebné priložiť kópiu materskej knižky so záznamami o pravidelných kontrolách a ak došlo k pôrodu počas uplynulých 6 týždňov, je potrebné predložiť správu z pôrodnice (v prípade cisárskeho rezu aj správu staršieho dáta).

18. Prípojené prílohy: Spolu: ..... ks

Prehlasujem, že moje odpovede na všetky uvedené otázky sú pravdivé a úplné. Beriem na vedomie, že akýkoľvek nepravdivý alebo neúplný údaj môže mať vplyv na priebeh poistenia alebo jeho trvanie v zmysle všeobecných alebo osobitných poisťovacích podmienok. Vyhlasujem, že zbavujem mlčanlivosť všetkých súčasných aj minulých ošetrovujúcich a vyšetrujúcich lekárov, zdravotné zariadenia a organizácie spravujúce sociálne poistenie ohľadom poskytnutia údajov súvisiacich so zdravotným stavom, predošlými a terajšími chorobami, úrazmi, prípadne úmrtím poisťovní, pokiaľ tieto údaje sú pre poisťovňu potrebné k posúdeniu rizika alebo nárokov na poistné plnenie.

Dátum	Podpis žiadateľa o poistenie (v prípade maloletého podpis jeho zákonného zástupcu)	Podpis vyšetrujúceho lekára
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Názov, sídlo, právna forma a registrácia poisťovne:**

AEGON Životná poisťovňa, a. s., Mostová 2, 811 02 Bratislava, IČO: 35 979 356, DIČ: 2022134345  
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka číslo: 3810/B

**INŠTRUKCIE PRE LEKÁRA**

- Lekár nesmie vykonať lekársku prehliadku týmto žiadateľom o poistenie
  - ktorí sú jeho pacientmi (má ich vo svojej evidencii)
  - ktorí sú v blízkom vzťahu s lekárom (príbuzní, známi a pod.)
  - ktorí sa podrobujú lekárskej prehliadke na odporúčanie obchodného zástupcu, ktorý je v blízkom vzťahu s lekárom (obchodný zástupca nesmie byť príbuzným ani známym lekárom).
- Tlačivo musí byť vypísané vlastnoručne lekárom (aj odpovede na otázky).
- Všetky zmeny odpovedí, ktoré budú urobené na požiadanie žiadateľa o poistenie (napr. zmena určitej hodnoty prepísania na inú), musia byť vedľa zmeny označené symbolom (napr. \*) a potvrdené podpisom žiadateľa o poistenie a podpisom lekára.
- V prípade, že lekárska prehliadka začala, toto tlačivo sa stáva majetkom spoločnosti AEGON Životná poisťovňa, a. s.. Preto nemôže byť v žiadnom prípade zadržané a zničené, ani vtedy, ak žiadateľ o poistenie alebo akákoľvek iná osoba je ochotná zaplatiť všetky náklady vzniknuté v súvislosti s lekárskou prehliadkou, s úmyslom odstrániť akúkoľvek informáciu o svojom zdravotnom stave a tým sa prípadne vyhnúť neprijateľnosti do poistenia.

1. výška v cm	<input type="text"/>	hmotnosť v kg	<input type="text"/>					
2. obvod hrudníka v cm (plný vdych)	<input type="text"/>	obvod hrudníka v cm (plný vdych)	<input type="text"/>	obvod brucha v cm (v úrovni pupka)	<input type="text"/>			
3. Odvážili a odmerali ste poisteného osobne?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie						
4. Priemerná denná spotreba alkoholu (druh a objem)	<input type="text"/>							
5. Priemerná spotreba cigariet (ks)	<input type="text"/>							
6. Rodinná anamnéza								
Rodinný príslušník	Rok narodenia	Súčasný zdravotný stav	Vek v čase úmrtia	Príčina smrti				
Otec								
Matka								
Súrodenci								
7. Krvný tlak (ak presahuje 140 / 90 torr, opakujte meranie 3 x)								
	prvé meranie	druhé meranie	tretie meranie					
Systolický	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Diastolický	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
8. Pulz	v kľude	po záťaži	3 min. po záťaži					
Počet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
nepravidelnosti za 1 min	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
9. Vyšetrenie srdca								
opuchy	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	šesť (y)	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	dyspnoe	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
10. Zistili ste vyšetrením zmeny v nasledujúcich oblastiach? (uveďte podrobnosti v prípade kladných odpovedí)	áno		nie		áno		nie	
a) očí, uší, ústnej dutiny, hltanu? (v prípade poruchy zraku alebo sluchu, popíšte stupeň postihnutia a prípadnú korekciu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) endokrinného systému?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) dýchacieho ústrojenstva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) pohybového aparátu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) GIT - u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g) kože, krvi lymfatických uzlín, cievneho aparátu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) uropoetického systému a pohlavného ústrojenstva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	h) nervového systému, psychiky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Chemické vyšetrenie moču (kompletné) + priložte výsledok								
12. Našli ste odchýlky, ktoré neboli obsiahnuté vo vyššie uvedených otázkach?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie						

Ak je odpoveď na niektorú z otázok kladná, uveďte podrobnejšie informácie týkajúce sa ochorenia

Vyšetrenie vykonané v:	<input type="text"/>	Dátum vyšetrenia	<input type="text"/>	Hodina vyšetrenia	<input type="text"/>
Meno a priezvisko vyšetrujúceho lekára (tlačným písmom):	<input type="text"/>				
Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bolo vyšetrenie vykonané a telefonický kontakt:	<input type="text"/>				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Podpis a pečiatka vyšetrujúceho lekára	<input type="text"/>				