

čiarový kód

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
IBAN kód: SK901100000002626726777, Swift kód: TATRSKBX

Číslo návrhu poistnej zmluvy

O 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 _____
E-mail _____ Telefón + _____
Zamestnanie (odvetvie) _____ Zamestnanec SZČO
Pracovná pozícia _____ Kód _____ Riziková skupina 1 2 3
Športová činnosť/volno-časová aktivita _____ profesionálne amatérsky rekreačne

C 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 _____
E-mail _____ Telefón + _____
Zamestnanie (odvetvie) _____ Zamestnanec SZČO
Pracovná pozícia _____ Kód _____ Riziková skupina 1 2 3
Športová činnosť/volno-časová aktivita _____ profesionálne amatérsky rekreačne

ÚDAJE O POISTNOM KRYTÍ A POISTNOM Pre poisteného 3-7 je možné dojednať len doplnkové poistenia

DOPLNKOVÉ POISTENIE	POISTENÝ <input type="checkbox"/>			POISTENÝ <input type="checkbox"/>		
	Poistná suma v €	Poistná doba	Poistné v €	Poistná suma v €	Poistná doba	Poistné v €
Invalidity s rentovou výplatom od 41 % (IRV41)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Invalidity s rentovou výplatom od 71 % (IRV71)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Invalidity s jednorazovou výplatom (IJV)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Invalidity od 41 % a úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (IUK41)	_____	_____ r.	_____	_____	_____ r.	_____
Invalidity od 71 % a úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (IUK71)	_____	_____ r.	_____	_____	_____ r.	_____
Úmrtia (PU18)	_____	_____ r.	_____	_____	_____ r.	_____
Úmrtia s dočasnou rentovou výplatom (URV)	_____	_____ r.	_____	_____	_____ r.	_____
Úmrtia s klesajúcou poistnou sumou (PUK16)	_____	_____ r.	_____	_____	_____ r.	_____
Úmrtia v dôsledku infarktu srdca alebo mozgovej príhody (UIM)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Úmrtia v dôsledku úrazu (ÚÚ)	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Trvalých následkov úrazu (TNUD)	_____	_____	_____	_____
Trvalých následkov úrazu s progresívnym plnením (TNPD)	_____	_____	_____	_____
Doby nevyhnutnej liečby úrazu (DLU17)	_____	_____	_____	_____
Doby nevyhnutnej liečby úrazu PLUS (DLUD17)	_____	_____	_____	_____
Operácie v dôsledku choroby (OCH)	_____	_____	_____	_____
Najčastejších závažných chorôb (ZCH4)	_____	_____	_____	_____
Následkov závažných chorôb alebo úrazov (ZCHN) len v kombinácii so ZCH4	poistná suma ZCH4 Poistná suma pre ZCH4 je zároveň spoločnou poistnou sumou pre ZCHN.	_____	poistná suma ZCH4 Poistná suma pre ZCH4 je zároveň spoločnou poistnou sumou pre ZCHN.	_____
Závažných chorôb so stúpajúcim poistným (ZCH II)	_____	_____	_____	_____
Závažných chorôb pre ženy (ZCHŽ)	20% z poistnej sumy ZCH II	_____	20% z poistnej sumy ZCH II	_____
Závažných chorôb pre mužov (ZCHM)	20% z poistnej sumy ZCH II	_____	20% z poistnej sumy ZCH II	_____
Hospitalizácie (HOSPK)	_____	_____	_____	_____
Práceschopnosti (PPNK17) minimálna doba	<input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> 56 dní	_____	<input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> 56 dní	_____
Závažných chorôb pre deti (ZCHD)	_____	_____	max. do veku 18 r.	_____
Čistý príjem pre určenie poistnej sumy: (Hodnotu príjmu je potrebné prepočítať na 1 kalendárny mesiac)				
Zamestnanec Príjem _____ € Priemer príjmu za posledných 12 mesiacov				
Poistený	SZČO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ €	IUV, IUK41, IUK71 _____ €
	s.r.o, a.s. a iná PO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ €	IUV, IUK41, IUK71 _____ €
Za účelom krytia úveru (VYPLŇTE pre IUK 41, IUK71): výška úveru _____ €				
Zamestnanec Príjem _____ € Priemer príjmu za posledných 12 mesiacov				
Poistený	SZČO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ €	IUV, IUK41, IUK71 _____ €
	s.r.o, a.s. a iná PO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ €	IUV, IUK41, IUK71 _____ €
Za účelom krytia úveru (VYPLŇTE pre IUK 41, IUK71): výška úveru _____ €				
SUMARIZÁCIA POISTNÉHO				
POISTENÝ <input type="checkbox"/> mesačné poistné spolu pred zľavou _____ €				
POISTENÝ <input type="checkbox"/> mesačné poistné spolu pred zľavou _____ €				
MESAČNÉ POISTNÉ PRED ZĽAVOU SPOLU _____ €				
Aegon benefIT				
<input type="checkbox"/> Poistník a Poistený <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Poistník a Poistený <input type="checkbox"/> Mám záujem o bonusové poistné krytie Aegon benefIT (žiadost' v zmysle ustanovenia bodu 3.4 Osobitných poistných podmienok poistného krytia Aegon benefIT)				
OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE ÚMRTIA <input type="checkbox"/> Neurčujem, t.j. budú určené v zmysle Občianskeho zákonníka				
Meno a priezvisko/Obchodné meno alebo názov právnickej osoby, rodné číslo/IČO, percento plnenia.				
Poistený	1.	_____	2.	_____
	pre URV (ak sú iné ako pre ostatné krytia úmrtia)			
Poistený	1.	_____	2.	_____
	pre URV (ak sú iné ako pre ostatné krytia úmrtia)			
Poistený	1.	_____	2.	_____
	pre URV (ak sú iné ako pre ostatné krytia úmrtia)			
ZDRAVOTNÉ ÚDAJE				
uvedte meno a adresu (mesto) lekára, u ktorého máte vedenú zdravotnú kartu				
Poistený	_____	Výška (cm)	Hmotnosť (kg)	Ste ľavák? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Poistený	_____	_____	_____	Máte dioptrie väčšie ako +/-8? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

SPÔSOB UZAVRETIA POISŤNEJ ZMLUVY

A) Bez skúmania Zdravotného stavu

 Poistený Poistený

Poistenie „Bez skúmania Zdravotného stavu“ je možné uzatvoriť len v rozsahu povolených limitov uvedených vo Všeobecných poisťných podmienkach (ďalej len: „VPP“), pričom pre Poisteného 3-7 je možné odchylné od VPP uzatvoriť aj Doplnkové poistenie úmrtia s maximálnou poisťnou sumou 1 000 €.

B) So skúmaním Zdravotného stavu (Vyplňte Zdravotný dotazník)

 Poistený Poistený

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	POISŤENÝ <input type="checkbox"/>		POISŤENÝ <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. Utrpeli 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 poisťnú 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 požívate alebo ste v minulosti požívali 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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?	<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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Ak ste na otázku odpovedali áno, priložte kópie lekárskej správy z poslednej absolvovanej kontroly.)				
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 dojednanja 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 poisťovňou, Poistník a Poistený a/alebo Poistený súhlasia s úpravou poisťnej zmluvy podľa rozsahu poisťného krytia uvedeného v časti A) „Bez skúmania zdravotného stavu“ v zmysle limitov uvedených vo VPP pričom pre Poisteného 3-7 je možné odchylné od VPP uzatvoriť aj Doplnkové poistenie úmrtia s maximálnou poisťnou sumou 1 000 €.

Poistený ÁNOPoistený ÁNO

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK PRE DIEŤA

(vyplní zákonný zástupca)

Vyplňte Zdravotný dotazník pre dieťa v prípade, že poistený má menej ako 16 rokov.

	Poistený <input type="checkbox"/>		Poistený <input type="checkbox"/>	
	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"/>

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK PRE DIEŤA (vyplní zákonný zástupca)	Poistený <input type="checkbox"/>	Poistený <input type="checkbox"/>		
Vyplňte Zdravotný dotazník pre dieťa v prípade, že poistený má menej ako 16 rokov.	áno	nie	áno	nie
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. Požíva 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 uveďte číslo otázky a všetky podrobnosti týkajúce sa kladnej odpovede (napr. dátum diagnostikovania choroby, opis choroby, príčiny choroby, výsledky liečby, užívané lieky a ich dávkovanie). Ak ste niečo uviedli v samostatnej prílohe, označte to v časti "Pripojené prílohy". Prílohu priložte k tomuto dotazníku.

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.

Pripojené prílohy

Počet príloh _____

ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- Poistený podpisom tejto poisťovnej zmluvy súhlasí a splnomocňuje Poisťovníu, aby za a v mene poisteného ako 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 poisťovnej zmluvy od príslušných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne, Sociálnej poisťovne alebo od iného orgánu verejnej moci. Plnomocenstvo podľa predchádzajúcej vety nezahŕňa smrť poisteného.
- Poisťník a poistený podpisom na poisťovnej zmluve vyhlasuje a potvrdzuje, že Vyhlásenia a súhlasy poisťníka a poisteného boli odovzdané a oboznámili sa s nimi pred podpisom poisťovnej zmluvy.** Vyhlásenia a súhlasy poisťníka a poisteného na poslednej strane tejto poisťovnej zmluvy tvoria jej neoddeliteľnú súčasť a majú rovnaké právne účinky ako ustanovenia obsiahnuté pred časťou poisťovnej zmluvy určenou na podpisy účastníkov poistenia.
- Účastníci poistenia potvrdzujú, že sa oboznámili s obsahom všeobecných a osobitných poisťovných podmienok vzťahujúcich sa na poistenie podľa poisťovnej zmluvy a tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťovnej zmluvy.

V _____ Dňa _____

Podpis (považuje sa za podpisový vzor)	Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)	Štát vydania
Poisťník _____	_____	_____
Poistený <input type="checkbox"/> _____	_____	_____
Poistený <input type="checkbox"/> _____	_____	_____
Zákonný zástupca poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> _____	_____	_____
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) _____		
Podpis zákonného zástupcu poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> _____	Totožnosť overená podľa (typ, číslo) _____	Štát vydania _____
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) _____		

Poisťovňou splnomocnená osoba:	Meno a priezvisko/Obchodné meno _____
Podpis _____	Email _____ Mobilné telefónne číslo _____

VYHLÁSENIA A SÚHLASY POISTNÍKA A POISTENÉHO

A. OCHRANA OSOBNÝCH ÚDAJOV

Poistník ako aj poistený podpisom poistnej zmluvy potvrdzuje, že bol oboznámený s nasledovným:

- a) Poistovnía (identifikačné údaje uvedené v záhlaví poistnej zmluvy) je v súlade s aktuálnou právnou úpravou ochrany osobných údajov prevádzkovateľom, ktorý je oprávnený spracúvať Osobné údaje dotknutých osôb (najmä poistník, poistený, oprávnená osoba, ich zástupca).
- b) Osobné údaje dotknutých osôb v rozsahu uvedenom v poistnej zmluve, v súhlase alebo predložení Poistovní v súvislosti s poistením podľa poistnej zmluvy (ďalej len „Osobné údaje“) Poistovní spracúva najmä za účelom (i) uzavretia poistnej zmluvy; (ii) identifikácie klientov a ich zástupcov (iii) správy poistenia a ďalšie účely podľa zákona o poisťovníctve; (iv) štatistických a evidenčných aktivít Poistovní a osôb podľa písm. (g) nižšie, (v) vývoja a zlepšenia poskytovaných produktov a služieb, (vi) predchádzania a šetrenia podvodov, (vii) organizovania súťaží, (viii) marketingového oslovenia, (ix) podpory predaja (x) a ďalšie účely podľa osobitných predpisov, a to najmä výkonu starostlivosti podľa zákona o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu v platnom znení a podľa zákona o automatickej výmene informácií.
- c) Poistovnía spracúva Osobné údaje na právnom základe existencie zákonného oprávnenia na spracúvanie osobných údajov, uzavretia poistnej zmluvy, súhlasu dotknutých osôb a sledovania oprávnených záujmov Poistovní alebo tretích strán, ako je ochrana majetku, finančných záujmov a domáhanie sa práv. Poistovnía je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb aj bez ich súhlasu na základe osobitných zákonov, ktoré ustanovujú účel spracúvania osobných údajov, okruh dotknutých osôb a zoznam alebo rozsah spracúvaných osobných údajov, akým je napr. zákon o poisťovníctve v platnom znení, zákon o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a ochrane pred financovaním terorizmu v platnom znení a zákon o automatickej výmene informácií.
- d) Poistovnía alebo osoby konajúce v jej mene je oprávnená požadovať a získavať Osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním z dokladu totožnosti a ďalších listín preukazujúcich údaje v rozsahu stanovenom osobitnými právnymi predpismi.
- e) Poistovnía pri spracúvaní Osobných údajov využíva aj formy automatizovaného spracúvania, ako je profilovanie, a to za účelom poskytnutia kvalitných služieb a produktov a ich neustáleho zlepšovania. Automatizované spracúvanie vrátane profilovania využíva Poistovnía najmä pri vyhodnocovaní rizík, výpočte výšky poistného ako aj pri marketingových aktivitách.
- f) Dotknutá osoba poskytla Osobné údaje dobrovoľne, avšak ich poskytnutie je povinné a nevyhnutné na uzatvorenie poistnej zmluvy a plnenie záväzkov Poistovní vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Uzavieranie poistnej zmluvy v životnom poistení so zachovaním anonymity klienta je Poistovnía povinná odmietnuť.
- g) Osoby (príjemcovia), ktorým Osobné údaje môžu byť poskytnuté a/alebo sprístupnené sú: (i) osoby, ktorým poskytnutie a/alebo sprístupnenie Osobných údajov Poistovníou vyplýva z právnych predpisov, (ii) osoby, ktoré pre Poistovnía alebo v mene Poistovní poskytujú služby a zabezpečujú činnosti v súvislosti s jej predmetom podnikania: (iii) spolupracujúci externí audítori, advokáti/advokátske kancelárie, notári (iv) externé zaistovne (v) osoby poverené spracúvaním osobných údajov (sprostredkovateľom) ako je napríklad finančný agent, ktorý uzavretie poistnej zmluvy sprostredkoval, (vi) spoločnostiam AEGON na Slovensku. Spoločnosťami AEGON na Slovensku rozumieme okrem Poistovní aj AEGON, d.s.s., a.s., IČO: 35 902 612, AEGON Partner, s.r.o., IČO: 36 610 984 a Hungary Closed Company Ltd., 1091 Budapešť, IX. Ullői ut 1, Maďarsko, IČO 01-10-041365, zapísaná na Mestskom súde ako registrovom súde spoločnosti, konajúca prostredníctvom svojej pobočky AEGON Hungary Closed Company Ltd., pobočka poistovní z iného členského štátu, IČO: 36 868 396: všetky spoločnosti AEGON na Slovensku majú sídlo: Slávičie údolie 106, Bratislava 811 02 (vii) ďalšie osoby, ktorých aktuálny

- zoznam Poistovnía oznamuje prostredníctvom svojej internetovej stránky v sekcii Dodávateľa pre spoločnosti AEGON.
- h) Poistovnía je oprávnená informácie o poistení, ktoré sú významné z hľadiska hodnoty a trvania vinkulácie poistného plnenia v nevyhnutnom rozsahu sprístupňovať Finančnej inštitúcii, v prospech ktorej je poistné plnenie vinkulované.
 - i) Dotknutá osoba berie na vedomie že Osobné údaje môžu byť predmetom prenosu do tretích krajín, vrátane takých, ktoré nemusia zaručovať primeranú ochranu osobných údajov podľa štandardov Európskej únie (EU). V takomto prípade bude o prenose informovaná prostredníctvom internetovej stránky Poistovní s uvedením poskytnutých primeraných a vhodných záruk v súlade s aktuálnymi predpismi ochrany osobných údajov ako aj o možnostiach získania bližších informácií a detailov zabezpečenia ochrany osobných údajov, prípadne kópií relevantných dokumentov.
 - j) Osobné údaje budú spracúvané po dobu trvania zmluvného a/alebo poistného vzťahu a po dobu nevyhnutnú na uplatnenie práv Poistovní a dodržiavanie povinností, ktoré sú Poistovní uložené, najmenej však po dobu, po ktorú je Poistovní povinná uchovávať dokumentáciu podľa všeobecne záväzných právnych predpisov.
 - k) Poistník a poistený spoločne a nerozdielne vyhlasujú, že získali a disponujú výslovným súhlasom osôb iných ako poistník a poistený na spracúvanie osobných údajov podľa tejto poistnej zmluvy, ktorých osobné údaje poskytli Poistovní na účely poistenia podľa poistnej zmluvy.
 - l) Poistovnía zachováva mlčanlivosť o informáciách uvedených a/alebo predložených v súvislosti s poistnou zmlouvou 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.
 - m) Dotknutá osoba má nasledovné práva: právo získať od prevádzkovateľa potvrdenie o tom, či spracúva Osobné údaje, ktoré sa jej týkajú, o zdroji, z ktorého boli získané, zoznam Osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania, opravu alebo likvidáciu svojich nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych Osobných údajov a právo na likvidáciu Osobných údajov, ktorých účel spracúvania sa skončil.
 - n) Počnúc dňom 25.05.2018 vrátane má dotknutá osoba v súlade právnymi predpismi ochrany osobných údajov** nasledovné práva:
 - a. (i) právo získať od prevádzkovateľa potvrdenie o tom, či spracúva Osobné údaje, ktoré sa jej týkajú ako aj právo získať prístup k týmto Osobným údajom (ii) právo na opravu nesprávnych Osobných údajov a právo na doplnenie neúplných Osobných údajov, (iii) právo na výmaz („zabudnutie“) Osobných údajov, ktoré sa o nej spracúvajú, ak už nie sú potrebné na účel, na ktorý sa spracúvali alebo v prípade neexistencie zákonnej požiadavky na ich ďalšie spracúvanie (iv) právo na obmedzenie spracúvania Osobných údajov, (v) právo na prenosnosť Osobných údajov, (vi) právo, aby sa na ňu nevzťahovalo rozhodnutie, ktoré je založené výlučne na automatizovanom spracúvaní, vrátane profilovania, a ktoré má právne účinky, ktoré sa jej týkajú alebo ju podobne významne ovplyvňujú, (vii) v prípade nespokojnosti s riešením sťažnosti zo strany prevádzkovateľa právo podať sťažnosť na Úrad na ochranu osobných údajov, so sídlom Hraničná 12, 820 07 Bratislava 17, Slovenská republika:
 - b. **Právo namietat spracúvanie Osobných údajov**
 - (i) V prípade, ak je právnym základom spracovania Osobných údajov oprávnený záujem Poistovní alebo inej spoločnosti AEGON na Slovensku má dotknutá osoba právo kedykoľvek z dôvodov týkajúcich sa jej konkrétnej situácie namietat spracúvanie Osobných údajov:
 - (ii) Právo namietat spracúvanie Osobných údajov na účely

priameho marketingu, ak je právnym základom spracovania Osobných údajov oprávnený záujem Poistovne alebo inej spoločnosti AEGON na Slovensku. V prípade, ak Poistovňa spracúva osobné údaje na základe súhlasu, právo tento súhlas kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov vychádzajúcu z tohto súhlasu pred jeho odvolaním.

- o) So žiadosťami o uplatnenie práv dotknutých osôb, odvolania súhlasu so spracúvaním alebo akýmkoľvek otázkami vo vzťahu k spracúvaniu Osobných údajov Poistovňou, ako aj v prípadoch podozrenia na porušenie ochrany Osobných údajov sa môže obracať priamo na zodpovednú osobu na úseku ochrany osobných údajov Poistovne: **e-mail:** dataprotection@aegon.sk alebo **písomne na adrese Poistovne uvedenej v záhlaví tejto poistnej zmluvy.**
- p) Doplnujúce informácie o spracúvaní Osobných údajov, zoznamy a kategórie príjemcov, ktorým sú Osobné údaje poskytované a/alebo sprístupňované ako aj akékoľvek zmeny podľa tejto časti Vyhlásení a súhlasov sú zverejnené a oznamované na internetovej stránke Poistovne www.aegon.sk v sekcii venovanej ochrane osobných údajov.

****Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov**

SÚHLAS SO SPRACÚVANÍM OSOBNÝCH ÚDAJOV NA MARKETINGOVÉ ÚČELY

Udelením súhlasu s marketingovým oslovaním poistník súhlasí s poskytnutím údajov Poistovňou ostatným spoločnostiam AEGON na Slovensku v rozsahu titul, meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo, e-mail, dátum narodenia a so spracúvaním týchto osobných údajov spoločnosťami AEGON na Slovensku vrátane Poistovne na marketingové účely (najmä informácie o novinkách, akciách, súťažiach, poistných produktoch a pod.). Marketingové oslovanie môže byť realizované elektronicky (najmä prostredníctvom sms, e-mailu) alebo poštou. Súhlas sa udeľuje po dobu trvania poistného vzťahu a po dobu desiatich rokov od jeho zániku. Udelenie súhlasu je dobrovoľné a je možné ho odvolať kedykoľvek a v akejkoľvek forme napr.: prostredníctvom e-mailu alebo písomným podaním adresovaným ktorejkoľvek zo spoločností AEGON na Slovensku. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania osobných údajov vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním.

B. AUTOMATICKÁ VÝMENA INFORMÁCIÍ

Zákon č. 359/2015 Z.z. o automatickej výmene informácií o finančných úctoch na účely správy daní v platnom znení (ďalej len „Zákon o automatickej výmene informácií“) upravuje automatickú výmenu informácií o finančných úctoch 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 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 AEGON Životná poistovňa.

C. PREDZMLUVNÉ INFORMÁČNÉ POVINNOSTI

- a) Poistník svojím podpisom poistnej zmluvy potvrdzuje, že pred uzatvorením poistnej zmluvy Poistovňa splnila predzmluvné informačné povinnosti odovzdaním písomných dokumentov obsahujúcich dôležité zmluvné podmienky podľa § 792a Občianskeho zákonníka, podľa Zákona o poisťovníctve a podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 1286/2014 o dokumentoch s kľúčovými informáciami pre štrukturalizované retailové investičné produkty a investičné produkty založené na poistení (PRIIP), a to v rozsahu hlavného ako aj doplnkových poistení. Poistovňa splňa informačnú povinnosť § 792a Občianskeho zákonníka odovzdaním Formulára alebo iného dokumentu o dôležitých zmluvných podmienkach uzatvárateľ poistnej zmluvy podľa Zákona o poisťovníctve v rozsahu údajov v ňom uvedených a odovzdaním Modelu poistnej zmluvy podľa písm. b. Poistník svojím podpisom poistnej zmluvy zároveň potvrdzuje, že sa s uvedenými dokumentmi oboznámil.
- b) Poistník svojím podpisom na poistnej zmluve potvrdzuje, že pred uzatvorením poistnej zmluvy prevzal a bol Poistovňou oboznámený s Modelom poistnej zmluvy (ďalej len „Model“). Poistník podpisom poistnej zmluvy potvrdzuje vedomosť, že Model je vzorovým prepočtom podľa Občianskeho zákonníka, ktorý je modelovým výpočtom, nevyplývajú z neho žiadne nároky a vychádza z parametrov poistenia a predpokladov aktuálnych v čase podpísania poistnej zmluvy. Výška odkupnej hodnoty nie je garantovaná. Poistná suma je garantovaná pri všetkých druhoch poistenia za podmienok uvedených vo všeobecných poistných podmienkach.
- c) Poistník svojím podpisom poistnej zmluvy potvrdzuje, že mu boli zo strany Poistovne odovzdané a oboznámil sa so Štatútmi vlastných fondov, ktoré tvoria neoddeliteľnú súčasť poistnej zmluvy. V Štatútoch vlastných fondov sú uvedené informácie o povahe podkladových aktív pre poistné zmluvy investičného životného poistenia.

D. ĎALŠIE VYHLÁSENIA A SÚHLASY POISTNÍKA A POISTENÉHO

- a) Poistník a poistený podpisom tejto poistnej zmluvy vyhlasuje a potvrdzuje, že 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 a poistený podpisom tejto poistnej zmluvy vyhlasujú a potvrdzujú, že všetky informácie, ktoré každý z nich uviedol v tejto poistnej zmluve a predložil Poistovní 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 Poistovní v tejto poistnej zmluve alebo v súvislosti s ňou je neúplná, nepravdivá alebo zavádzajúca v akomkoľvek podstatnom ohľade.
- c) Poistník a poistený podpisom tejto poistnej zmluvy prejavujú súhlas, 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, 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.