

BarKód

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
IBAN kód: SK901100000002626726777, Swift kód: TATRSKBX

Číslo poisťovnej zmluvy/
číslo návrhu poisťovnej zmluvy

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POISTENÉ DETI (do 16 rokov)

Meno a priezvisko dieťaťa	Pohlavie	Rodné číslo	Športová činnosť/ voľno-časová aktivita
1. _____	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. _____	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. _____	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. _____	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. _____	Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/>	_____	_____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

profesionálne
 amatérsky
 rekreačne

	Výška	Váha	Všeobecný ošetrojúci lekár (meno, priezvisko, mesto):
DIEŤA 1	_____ cm	_____ kg	_____
DIEŤA 2	_____ cm	_____ kg	_____
DIEŤA 3	_____ cm	_____ kg	_____
DIEŤA 4	_____ cm	_____ kg	_____
DIEŤA 5	_____ cm	_____ kg	_____

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	Dieťa 1		Dieťa 2		Dieťa 3		Dieťa 4		Dieťa 5	
	áno	nie	áno	nie	áno	nie	áno	nie	áno	nie
Je dieťa ľavák?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Má dieťa dioptrie väčšie ako +/- 8?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Je dieťa v súčasnosti zdravé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 rásžtep 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 žltáčka, krvácanie alebo iné?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trpí alebo trpelo dieťa niektorým z nasledujúcich ochorení:										
a) reumatická horúčka, poruchy srdcového rytmu, srdcovo-chlopňové ochorenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK (pokračovanie)	Dieťa 1		Dieťa 2		Dieťa 3		Dieťa 4		Dieťa 5	
	áno	nie	áno	nie	áno	nie	áno	nie	áno	nie
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 lekársym posudkom, na základe ktorého bol invalidný dôchodok priznaný.

Pripojené prílohy

Počet príloh _____

Podpis poisťníka	Totožnosť overená podľa (typ a číslo dokladu)			Štát vydania
_____	_____	_____	_____	_____
	Podpis zákonného zástupcu	Vzťah zákonného zástupcu k dieťaťu	Totožnosť overená podľa (typ a číslo dokladu)	Štát vydania
Dieťa 1	_____	_____	_____	_____
Dieťa 2	_____	_____	_____	_____
Dieťa 3	_____	_____	_____	_____
Dieťa 4	_____	_____	_____	_____
Dieťa 5	_____	_____	_____	_____
Dátum podpisu poisťovňou splnomocnenej osoby	Miesto podpisu	Podpis poisťovňou splnomocnenej osoby	Meno a priezvisko poisťovňou splnomocnenej osoby	
_____	_____	_____	_____	