

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 poisťnej zmluvy

Číslo návrhu poisťnej zmluvy

Dátum podpisu zmluvy poisťníkom:

- O
- 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Zamestnanie a voľnočasové aktivity

**Zamestnanie** (odvetvie)  Miesto zamestnania/  
podnikania (štát)   Zamestnanec  SZČO

Pracovná pozícia  Kód  Riziková skupina č.

Športová činnosť/voľno-časová aktivita   profesionálne  amatérsky  rekreačne

## ZDRAVOTNÉ ÚDAJE POISTENÝ

uveďte meno a adresu (mesto) lekára, u ktorého máte vedenú zdravotnú kartu

Výška (cm)	Hmotnosť (kg)	Ste ľavák?	Máte dioptrie väčšie ako +/-8?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

## ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

POISTENÝ  
áno  nie

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pracujete alebo pracovali ste na pracovisku, ktoré je klasifikované ako zdraviu škodlivé?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Vykonávate ťažkú fyzickú prácu?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Ste alebo boli ste aktívnym (registrovaným) športovcom?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. <b>Ste v súčasnosti práceneschopný?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Poberáte starobný dôchodok?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) <b>Poberáte invalidný dôchodok?</b>  | <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"/> |
| 4. Utrpeli ste niekedy úraz alebo otravu s trvalými následkami?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Stratili ste niekedy vedomie?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Odmietla s Vami už nejaká poisťovňa uzavrieť životné, úrazové poistenie alebo poistenie choroby?<br>(Ak áno, uveďte poisťovňu a dôvod.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| 6. Ste telesne postihnutý alebo máte nejakú vrodenú vadu?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Máte poruchy sluchu?   | <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"/> |
| 9. Fajčíte alebo fajčili ste v minulosti? (Ak áno, uveďte počet ks/deň.)  | <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"/> |
| 11. Pravidelne požívate alebo ste v minulosti požívali alkoholické nápoje? (Ak áno, uveďte druh a dennú dávku.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) <b>Užívate alebo užívali ste niekedy narkotiká, iné omamné látky alebo lieky s narkotickými účinkami?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ste liečený alebo bola Vám niekedy predpísaná liečba tabletami alebo injekciami? (okrem tabliet a injekcií proti horúčke, nachladeniu, chrípke, kŕčom a na utíšenie bolesti)                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| 14. <b>Mali ste pozitívny HIV test?</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. <b>Pokúsili ste sa o samovraždu?</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ste v súčasnosti pod lekárskej dohľadom, trpíte nejakou akútnou alebo chronickou chorobou?<br>(Ak ste na otázku odpovedali áno, priložte kópie lekárskej správy z poslednej absolvovanej kontroly.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |

19. Boli ste už v minulosti liečená/ý pre neplodnosť, bola vám diagnostikovaná neplodnosť alebo konzultovali ste už niekedy neplodnosť s odborným lekárom?
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)**
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)**

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 \_\_\_\_\_

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 poisťovnej 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 poisťovnou zmluvou sú úplné, pravdivé a aktuálne ku dňu datovania tohto dokumentu a poisťovnej zmluvy: neo-pomenul uviesť informáciu, ktorej uvedenie by spôsobilo, že iná informácia uvedená alebo predložená AEGON Poisťovni v tomto dokumente alebo poisťovnej zmluve alebo v súvislosti s ňou je neúplná, nepravdivá alebo zavádzajúca v akomkoľvek podstatnom ohľade.

V \_\_\_\_\_ Dňa \_\_\_\_\_

Podpis (podľa podpisového vzoru)

Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)

Štát vydania

Poistený \_\_\_\_\_