

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: SK901100000002626726777, BIC: TATRSKBX

Číslo poistnej zmluvy:

POISTNÍK

Meno _____, Priezvisko _____, Muž Žena

Titul pred menom _____, Titul za menom _____, Dátum narodenia _____, Rodné číslo/IČO _____

Miesto narodenia _____, Štát narodenia _____, Štátna príslušnosť _____

Pre daňové účely som rezidentom iného štátu ako Slovenská republika?

Áno (Ak neoznačíte možnosť ÁNO, má sa zato, že Vaša odpoveď je NIE.) Napíšte štát: _____

Daňové identifikačné číslo _____ (Nie je potrebné vyplniť v prípade daňového rezidenta Slovenskej republiky.)

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) _____, Miesto zamestnania/ podnikania (štát) _____

Zamestnanec SZČO Pracovná pozícia _____, Kód _____, Riziková skupina č.

Športová činnosť/volno-časová aktivita _____, profesionálne amatérsky rekreačne

Ste v súčasnosti štatutárnym orgánom, prokuristom, väčšinovým spoločníkom a/alebo akcionárom právnickej osoby alebo vykonávate podnikateľskú činnosť v oblasti realitného obchodu, stavebníctva, prevádzkovania záložne, nočného podniku, nakladania s odpadom, hazardných hier, stávkových kancelárií, reštauračných služieb, pohostinstiev, obchodu so šperkami a drahými kameňmi, kovmi, zbraňami, starožitnosťami a/alebo máte vy alebo právnická osoba, v ktorej vykonávate jednu z vyššie uvedených funkcií, miesto podnikania alebo sídlo mimo krajín Európskej únie? Áno Ste politicky exponovanou osobou*? Áno

Ak ste odpovedali na ktorúkoľvek z predchádzajúcich otázok ÁNO, vyplňte, prosím samostatné tlačivo „Doplnenie identifikácie poistníka“.

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 č.

Športová činnosť/volno-časová aktivita _____, profesionálne amatérsky rekreačne

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 + _____

* **Politicky exponovanou osobou** je osoba v zmysle definície zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmena a doplnení niektorých zákonov v platnom znení uvedenej na webovom sídle Poistovne v sekcii slovník pojmov.

Zamestnanie (odvetvie) _____ Zamestnanec SZČO
 Pracovná pozícia _____ Kód _____ Riziková skupina č.
 Športová činnosť/volno-časová aktivita _____ profesionálne amatérsky rekreačne

ÚDAJE O POISTNOM KRYTÍ A POISTNOM

Pre poisteného 2-7 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 výplatou od 41 % (IRV41)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Invalidity s rentovou výplatou od 71 % (IRV71)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Invalidity s jednorazovou výplatou (IIV)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
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 výplatou (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 <small>(POZOR! Pre SZČO bez nemocenského poistenia nie je možné dojednať PPNK17)</small>	<input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> 56 dní _____ <input type="checkbox"/> SZČO nemocensky poistená			<input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> 56 dní _____ <input type="checkbox"/> SZČO nemocensky poistená		
Závažných chorôb pre deti (ZCHD)	max. do _____ veku 18 r.			max. do _____ veku 18 r.		
Čistý príjem pre určenie poistnej sumy: (Hodnotu príjmu je potrebné prepočítať na 1 kalendárny mesiac)						
Poistený	Zamestnanec	Príjem _____ €		Priemer príjmu za posledných 12 mesiacov		
	SZČO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ €	IIV, IUK41, IUK71 _____ €		
	s.r.o, a.s. a iná PO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ €	IIV, IUK41, IUK71 _____ €		
Za účelom krytia úveru (VYPLŇTE pre IUK 41, IUK71): výška úveru _____ €						

Číslo návrhu poistnej zmluvy

Zamestnanec		Příjem _____ €	Priemer príjmu za posledných 12 mesiacov	
Poistený	SZČO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ €	IIV, IUK41, IUK71 _____ €
	s.r.o, a.s. a iná PO	DLU17, DLUD17, PPNK17 _____ €	IRV41, IRV71 _____ €	IIV, IUK41, IUK71 _____ €
Za účelom krytia úveru (VYPLŇTE pre IUK 41, IUK71): výška úveru _____ €				

SUMARIZÁCIA POISTNÉHO

POISTENÝ mesačné poistné spolu pred zľavou _____ €
POISTENÝ mesačné poistné spolu pred zľavou _____ €
MESAČNÉ POISTNÉ PRED ZĽAVOU SPOLU _____ €

Aegon benefit

Poistník a Poistený 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)**

OPRÁVNENÉ OSOBY V PRÍPADE ÚMRTIA 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

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

SPÔSOB UZAVRETIA POISTNEJ ZMLUVY**A) Bez skúmania Zdravotného stavu**

Poistený Poistený

Pre tento spôsob uzavretia poistnej zmluvy je možné dojednať: doplnkové poistenie PU18 s poistnou sumou najviac 1 000 €, doplnkové poistenie ÚÚ s poistnou sumou najviac 25 000 €, TNUD s poistnou sumou najviac 25 000 €, TNPD s poistnou sumou najviac 5 000 €, kombináciu TNUD s TNPD len za splnenia podmienky, že poistná suma TNUD+5*poistná suma TNPD ≤ 25 000 €, DLU17 alebo DLUD17 s poistnou sumou najviac 10 €, bez ďalších doplnkových poistení.

B) So skúmaním Zdravotného stavu (Vyplňte Zdravotný dotazník)

Poistený Poistený

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	POISTENÝ		POISTENÝ	
	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? (Ak áno, uvedte poisťovňu a dôvod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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, uvedte poistnú 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, uvedte 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, uvedte 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? (okrem tabliet a injekcií proti horúčke, nachladeniu, chrípke, kŕčom a na utíšenie bolesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK	POISTENÝ		POISTENÝ	
	áno	nie	áno	nie
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? (Ak ste na otázku odpovedali áno, priložte kópie lekárskej správy z poslednej absolvovanej kontroly.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 dojednania 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 poisťovnej zmluvy podľa rozsahu poisťovného krytia uvedeného v časti A) "Bez skúmania zdravotného stavu".

Poistený ÁNO Poistený ÁNO

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK PRE DIEŤA (vyplní zákonný zástupca)	Poistený		Poistený	
Vyplňte Zdravotný dotazník pre dieťa v prípade, že poistený má menej ako 16 rokov.	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"/>
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 lekárskej posudkom, na základe ktorého bol invalidný dôchodok priznaný.

Pripojené prílohy

Počet príloh _____

ÚČINNOSŤ ZMENY

Zmeny, ktoré nadobúdajú účinnosť dňom akceptácie žiadosti poisťovňou: zmena osobných údajov (mena, titulu, tel. čísla, ...), zmena adresy, zmena oprávnenej osoby, zmena poisťníka, zmena investičnej stratégie (iba pre nové poisťné).

Zmeny, ktoré sú účinné k nasledujúcemu dátumu splatnosti poisťného po akceptácii žiadosti poisťovňou: príkúpenie/ zrušenie pripoisťenia, zvýšenie/ zníženie poisťných súm na pripoisťeniach, zvýšenie/ zníženie poisťného, zmena frekvencie platenia, zmena rizikovej skupiny, pridanie/ zrušenie poisťených osôb, zmena spôsobu platenia, zmena investičnej stratégie (pre nové poisťné a aktuálne osobné konto).

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

ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

- Poistený podpisom tejto poisťnej zmluvy súhlasí a splnomocňuje Poisťovňu, 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 poisťením podľa poisťnej zmluvy od príslušných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, zdravotnej poisťovne, Sociálnej poisťovne alebo od iného orgánu verejnej moci. Plnomocenstvo podľa predchádzajúcej vety nezaniká smrťou poisteného.
- Poisťník a poistený podpisom na poisťnej zmluve vyhlasuje a potvrdzuje, že Vyhlásenia a súhlasy poisťníka a poisteného boli odovzdané a oboznámili sa s nimi pred podpisom poisťnej zmluvy.** Vyhlásenia a súhlasy poisťníka a poisteného na poslednej strane tejto poisťnej zmluvy tvoria jej neoddeliteľnú súčasť a majú rovnaké právne účinky ako ustanovenia obsiahnuté pred časťou poisťnej zmluvy určenou na podpisy účastníkov poisťenia.
- Účastníci poisťenia potvrdzujú, že sa oboznámili s obsahom všeobecných a osobitných poisťných podmienok vzťahujúcich sa na poisťenie podľa poisťnej zmluvy a tvoria neoddeliteľnú súčasť poisťnej 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 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 predloženej Poistovní v súvislosti s poistením podľa poistnej zmluvy (ďalej len „Osobné údaje“) Poistovnía 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 Poistovnía 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 Poistovnía 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 Poistovnía vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Uzavretie poistnej zmluvy v životnom poistení so zachovaním anonymity klienta je Poistovnía povinná odmietnuť.
- g) Osoby (príjemcovia), ktorým Osobné údaje môžu byť poskytnuté a/alebo prístupné sú: (i) osoby, ktorým poskytnutie a/alebo prístupenie Osobných údajov Poistovníou vyplýva z právnych predpisov, (ii) osoby, ktoré pre Poistovníu alebo v mene Poistovnía poskytujú služby a zabezpečujú činnosti v súvislosti s jej predmetom podnikania: (iii) spolupracujúci externí audítori, advokáti/advokátske kancelárie, notári (iv) externé zaisťovne (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 Poistovnía 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 poistovnía 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 interne-

- 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 Poistovnía 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 Poistovnía a dodržiavanie povinností, ktoré sú Poistovníu uložené, najmenej však po dobu, po ktorú je Poistovnía 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 Poistovníu na účely poistenia podľa poistnej zmluvy.
- l) Poistovnía zachováva mlčanlivosť o informáciách uvedených a/alebo predložených v súvislosti s poistnou zmluvou a zároveň je oprávnená aj bez súhlasu poistníka alebo poisteného prístupniť alebo poskytnúť tieto informácie vrátane Osobných údajov osobám uvedeným vyššie ako aj osobám, ktorým prístupenie 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 sťažností zo strany prevádzkovateľa právo podať sťažnosť na Úrad na ochranu osobných údajov, so sídlom Hraničná 12, 820 07 Bratislava 17, Slovenská republika:
 - b. **Právo namietať spracúvanie Osobných údajov**
 - (i) V prípade, ak je právnym základom spracúvania Osobných údajov oprávnený záujem Poistovnía alebo inej spoločnosti AEGON na Slovensku má dotknutá osoba právo kedykoľvek z dôvodov týkajúcich sa jej konkrétnej situácie namietať spracúvanie Osobných údajov:
 - (ii) Právo namietať spracúvanie Osobných údajov na účely priameho marketingu, ak je právnym základom spracúvania

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

B. 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 Poistovni. 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 Poistovni, 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 Poistovni 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 Poistovni 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 Poistovni a Poistovňa nie je oprávnená si uplatňovať akýkoľvek poplatok za takýto úkon poistníka.