

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

INŠTRUKCIE PRE LEKÁRA

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

ŽIADATEĽ O POISTENIE

Meno _____ Priezvisko _____ Muž Žena

Dátum narodenia _____ Rodné číslo _____

Trvalý pobyt/Sídlo (ulica, číslo, P.O.BOX) _____ PSC _____ Mesto/obec, štát _____

ZDRAVOTNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA O POISTENIE

- Výška (cm) _____ Hmotnosť (kg) _____
- obvod hrudníka – plný výdych (cm) _____ obvod hrudníka – plný vdych (cm) _____
obvod brucha – v úrovni pupka (cm) _____
- Odvážili a odmerali ste poisteného osobne? áno nie
- Priemerná denná spotreba alkoholu (druh a objem) _____
- Priemerná spotreba cigariet (ks) _____
- Krvný tlak (ak presahuje 140/90 torr, opakujte meranie 3 x)

	prvé meranie	druhé meranie	tretie meranie
Systolický	_____	_____	_____
Diastolický	_____	_____	_____
- Pulz

	v klude	po záťaži	3 min. po záťaži
Počet	_____	_____	_____
Nepravidelnosti za 1 min	_____	_____	_____
- Výšetrenie srdca

opuchy áno nie šelest (y) áno nie dyspnoe áno nie
- Zistili ste vyšetrením zmeny v nasledujúcich oblastiach?
(uveďte podrobnosti v prípade kladných odpovedí)

	áno	nie
a) očí, uší, ústnej dutiny, hltanu? (v prípade poruchy zraku alebo sluchu, popíšte stupeň postihnutia a prípadnú korekciu) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dýchacieho ústrojenstva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) GIT – u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) uropoetického systému a pohlavného ústrojenstva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) endokrinného systému?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) pohybového aparátu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) kože, krvi, lymfatických uzlín, cievneho aparátu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) nervového systému, psychiky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Chemické vyšetrenie moču (kompletné) + priložte výsledok

11. Našli ste odchýlky, ktoré neboli obsiahnuté vo vyššie uvedených otázkach?



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

Vyšetrenie vykonané v _____ Dátum vyšetrenia _____ Hodina vyšetrenia _____

Meno a priezvisko vyšetrujúceho lekára (tlačeným písmom) _____

Telefón + _____

Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bolo vyšetrenie vykonané

Podpis a pečiatka vyšetrujúceho lekára

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

ŽIADATEĽ O POISTENIE

Meno _____ Priezvisko _____ Muž Žena

Dátum narodenia _____ Rodné číslo _____

Trvalý pobyt/Sídlo (ulica, číslo, P.O.BOX) _____ PSČ _____ Mesto/obec, štát _____

ZDRAVOTNÉ ÚDAJE ŽIADATEĽA O POISTENIE

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

_____ Telefón + _____

Dátum a dôvod posledného vyšetrenia u lekára (za posledných 5 rokov)

Výška (cm) _____ Hmotnosť (kg) _____

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK
áno nie

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

Ak ste na ktorúkoľvek z otázok odpovedali áno, v nasledujúcej časti uvedte číslo otázky a všetky podrobnosti týkajúce sa kladnej odpovede (napr. dátum diagnostikovania choroby, opis choroby, príčiny choroby, výsledky liečby, použité 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 z hospitalizácie alebo operácie, výsledky histologických vyšetrení. Ak poberáte invalidný dôchodok, je potrebné predložiť rozhodnutie Sociálnej poisťovne spolu s lekárskeho posudkom, na základe ktorého bol invalidný dôchodok priznaný. V prípade tehotenstva je potrebné priložiť kópiu materskej knižky so záznamami o pravidelných kontrolách a ak došlo k pôrodu počas uplynulých 6 týždňov, je potrebné predložiť správu z pôrodnice (v prípade cisárskeho rezu aj správu staršieho dáta).

Pripojené prílohy

Počet príloh _____

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

V _____ Dňa _____

Podpis žiadateľa o poistenie
(v prípade maloletého podpis jeho zákonného zástupcu)

Podpis vyšetrujúceho lekára