

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 uvedte 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 _____

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

V súlade s platnými právnymi predpismi ochrany osobných údajov udeľujem **Poisťovni výslovný súhlas**, aby ako prevádzkovateľ spracúval **moje osobné údaje** v rozsahu:

- Meno a priezvisko
- Dátum narodenia
- Rodné číslo
- Údaje týkajúce sa zdravia
- A ďalšie údaje v rozsahu v akom sú uvedené v tomto zdravotnom dotazníku, predložených lekárskej správach a v skúšobnom návrhu poistnej zmluvy ako aj v ďalších sprievodných dokumentoch.

Účelom spracúvania osobných údajov je posúdenie prijatia do poistenia/uzatvorenia poistnej zmluvy, výšky sadzby prípadného poistného, prípadne stanovenia iných atribútov poistenia. Prevádzkovateľ môže za týmto účelom osobné údaje vo vyššie uvedenom rozsahu sprístupniť alebo poskytnúť aj sprostredkovateľovi spracúvajúcejmu žiadosť o skúšobný návrh: tieto údaje nebudú predmetom prenosu do tretích krajín ani medzinárodných organizácií.

Osobné údaje budú **spracúvané po dobu** nevyhnutnú na vyhodnotenie skúšobného návrhu resp. sprievodných dokumentov, najdlhšie však po dobu šiestich (6) mesiacov od udelenia tohto súhlasu. Súhlas je poskytovaný **dobrovoľne** a je ho možné kedykoľvek odvolať. Odvolanie súhlasu nemá vplyv na zákonnosť spracúvania vychádzajúceho zo súhlasu pred jeho odvolaním.

Zároveň beriem na vedomie, že ďalšie informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom a o mojich právach, a to o práve na prístup k údajom, práve na opravu, vymazanie, obmedzenie alebo prenosnosť údajov sú bližšie uvedené na internetovej stránke **www.aegon.sk**, v **sekcii venovanej ochrane osobných údajov** alebo ich môžem získať priamo od zodpovednej osoby prevádzkovateľa na emailovej adrese: **dataprotection@aegon.sk**

V _____ Dňa _____

Podpis (podľa podpisového vzoru)

Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)

Štát vydania

Poistený _____