

## Zdravotní dotazník a prohlášení - příloha pojistné smlouvy

AEGON Pojišťovna, a.s., Na Pankráci 26/322, 140 00 Praha 4, IČ: 271 82 461, zapsaná v Obchodním rejstříku Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 9577 (dále jen „AEGON“).

Část 1   Pojištěný			Pojištěný je			
			<input type="checkbox"/> žena	<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> levák	<input type="checkbox"/> pravák
Titul	Jméno	Příjmení	Titul (za jm.)	Rodné příjmení	Rodné číslo	Datum narození
Státní příslušnost	Trvalé bydliště	Ulice	Číslo popisné	Číslo orientační	Obec	PSČ

## Část 2 | Zdravotní dotazník a dotazy pro posouzení pojistného rizika

**Upozornění:** Dovolujeme si upozornit, že je nezbytné odpovídat úplně a pravdivě; v opačném případě má pojišťovna právo snížit nebo odmítnout výplatu pojistného plnění nebo odstoupit od pojistné smlouvy.

Povolání - činnost	Obor	Riziková skupina
Sport	Registrovaný sportovec * <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Přirážka - sport <sup>1)</sup> (v %)

\* Není-li zaškrtnuto ANO, pak pojištěný není registrovaným sportovcem. Je-li uveden pouze druh sportu a ne přirážka za sport, pak to znamená, že pojištěný není registrován, resp. neúčastní se pravidelně soutěží (závodů) v rámci sportů s rizikovou přirážkou, a že nenaplnuje definici profesionální sportovní činnosti dle Obchodních podmínek pojišťovny. Pokud bude uveden pouze druh sportu a bude zvolena přirážka za sport, pak to znamená, že pojištěný nenaplnuje definici profesionální sportovní činnosti dle Obchodních podmínek pojišťovny.

<b>ZÁKLADNÍ ČÁST - VYPLŇUJE SE VŽDY</b>		
Splňujete některou z následujících podmínek? - Pobíráte jakýkoli důchod (invalidní, starobní) - Jste držitelem průkazu ZTP, resp. ZTP/P - Jste v pracovní neschopnosti či práce neschopný/-á <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO - Očekáváte výsledky jakéhokoli lékařského vyšetření a/nebo jste objednan/-a na operační zákrok (netýká se kosmetických zákroků) Pokud odpovíte ANO, pak je nutné vyplnit celý Zdravotní dotazník, tj. otázky 1-17, a uvést podrobnosti níže v části „Doplňující údaje“. Pokud odpovíte NE, pak rozsah Zdravotního dotazníku závisí na výši zvolených pojistných částek, zvolených připojištěních a Vašich odpovědích (viz pokyn níže).		
Pokud pojistná částka pro každé jednotlivé riziko (např. smrt nebo invalidita) v součtu nepřesáhla 800 000 Kč, resp. 1 000 Kč/den, pak stačí vyplnit odpověď na Základní část a na otázky 1-6. Pokud však odpovíte na jakoukoli z otázek 1 až 6 „ANO“ nebo pokud máte sjednanu jakoukoli variantu připojištění dlouhodobé péče LTC, pak je nutné vyplnit celý Zdravotní dotazník.		
1. (6012)	Léčíte se, užíváte léky nebo máte zdravotní obtíže nebo jste se v posledních 10 letech léčil/-a nebo měl/-a zdravotní obtíže v souvislosti s chorobou jako je vysoký krevní tlak, onemocnění srdce, cév, krve, břišních orgánů, zvýšená hodnota jaterních enzymů nebo chronické onemocnění dýchacích orgánů, kůže, štítné žlázy, ledvin nebo močových cest? Pokud ANO, uveďte je prosím druh onemocnění, jeho počátek, způsob léčby i užívané léky a denní dávkování, v případě vysokého tlaku poslední naměřené hodnoty.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
2. (6012)	Trpíte nebo jste trpěl/-a onemocněním typu cukrovka (diabetes), porucha metabolismu tuků (zvýšený cholesterol), psychické potíže, závislost na alkoholu, na hracích automatech, drogová závislost, epilepsie, onemocnění nervové soustavy nebo jiné onemocnění mozku (např. borelióza, encefalitida)? Pokud ANO, uveďte prosím i užívané léky a denní dávkování.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
3. (6012)	Léčíte se nebo jste se v posledních 10 letech léčil/-a v souvislosti s onemocněním rakovinou, rakovinným nádorem nebo jakýmkoli nádorovým onemocněním? (Uveďte druh onemocnění, jeho počátek, způsob léčby, užíváte-li léky, vypište prosím jaké a denní dávkování.)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
4. (6012)	Byl/-a jste v období 5 let před počátkem pojištění invalidní v jakémkoli stupni a/nebo léčíte (léčil/-a jste) se nebo máte (měl/-a jste) zdravotní obtíže v souvislosti s onemocněním smyslových orgánů (např. oči, uši) nebo pohybového aparátu (např. páteře)? Jestliže ANO, uveďte důvod (diagnóza nebo onemocnění).	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
5.	Utrpěl/-a jste v posledních 5 letech úraz, s nímž jste se léčil/-a, byl/-a operován/-a a/nebo, který zanechal trvalé následky? Jestliže ANO, uveďte počet takových úrazů, o jaký úraz se jednalo a kdy k němu došlo. Uveďte, zda zanechal trvalé následky, a pokud ano, jaké. U párových končetin je nutné uvést dotčenou končetinu (např. levé koleno, pravý loketní kloub apod.).	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
6.	Máte sjednanu a/nebo máte sepsán Vámi podepsaný návrh na sjednání životního nebo úrazového pojištění nebo pojištění nemocí nebo zvažujete v blízké době sjednat takovoto pojištění, kde pojistná částka pro každé jednotlivé riziko (např. smrt, trvalé následky úrazu, invalidita, závažná onemocnění) v součtu přesahuje 2 mil. Kč, resp. 1 000 Kč/den jednotlivě pro rizika pracovní neschopnosti, denního odškodného a hospitalizace? Pokud ANO, uveďte je pojišťovnu/-y, o jaké/-á pojištění jde a výši pojistné/-ých částky/-ek.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
7. (6012)	Výška (cm):                      Váha (kg):	
8.	Trpíte nějakou vrozenou nebo získanou tělesnou vadou, deformitou části těla nebo vám byla část těla amputována? (Jestliže ANO, uveďte jakou a odkdy.)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
9. (6012)	Užíváte léky (nebo omamné či toxické látky) na jiná onemocnění nebo zdravotní potíže než výše uvedené? Jestliže ANO, uveďte jaké a denní dávkování.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
10.	Jste nebo byl/-a jste v posledních 10 letech hospitalizován/-a nebo operován/-a nebo léčen/-a v jiných zdravotnických zařízeních? Byl/-a jste léčen/-a rentgenovým zářením nebo cytostatiky? (Týká se i hospitalizace za účelem vyšetření.) V případě, že ANO, uveďte kdy, typ zařízení a důvod pobytu v něm.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
11. (6012)	Bylo Vám někdy provedeno s nepříznivým výsledkem nebo očekáváte výsledky u některého z těchto lékařských vyšetření: EKG, počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), HIV (test na AIDS), vyšetření moči, krve, rentgenové vyšetření, vyšetření ultrazvukem, genetické testy či jiná speciální vyšetření? Pokud ANO, uveďte která, kdy a s jakým výsledkem.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
12. (6012)	Máte zdravotní problémy jiné než výše uvedené? Jestliže ANO, uveďte jaké a jak dlouho.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
13.	Kouříte? Jestliže ANO, uveďte co a kolik denně.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
14.	Pijete alkohol? Jestliže ANO, uveďte druh, jak často a kolik (denně).	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
15.	Nosíte brýle nebo kontaktní čočky s počtem dioptrií na jedno oko větší než 8? Pokud ANO, prosím uveďte počet dioptrií. L:                      P:	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
16.	Jste vystaven/-a nebo budete v příštích letech vystaven/-a zvýšenému nebezpečí? (Jde zejména o činnost pilota nebo leteckého personálu, práci v dolech nebo tunelech, práci artisty, krotitele, kaskadéra, osobního či ozbrojeného strážce, pyrotechnika, vojáka nebo policisty zvláštní jednotky, létání na rogalu, paragliding, horolezectví, jeskyňářství, bungee-jumping, extrémní sporty, účast na motocyklových či automobilových závodech.) Pokud ANO, vyplňte prosím příslušný speciální dotazník (např. pro vojáky z povolání, pro motorsport, horolezectví aj.)	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO
17.	Máte v úmyslu vycestovat mimo státy EU, Švýcarsko, Lichtenštejnsko, Island, Norsko, Velkou Británii, USA, Kanadu, Austrálii na dobu delší jak 3 měsíce? Pokud ANO, přiložte prosím vyplněný rezidenční dotazník.	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO

**Doplňující údaje** (Pokud jste odpověděl/a na některou z výše uvedených otázek ANO, uveďte doplňující údaje do níže uvedeného pole. Vždy je označte číslem příslušné otázky.)

--

Jméno, příjmení, adresa a telefon Vašeho **praktického lékaře**, případně také příslušného **odborného lékaře**

--

<sup>1)</sup> Vztahuje se na tarify úrazových připojištění s výjimkou tarifu 6020 (Připojištění smrti následkem úrazu). Výše přirážky je stanovena dle aktuálních Obchodních podmínek pojišťovny.

**Prohlášení - zdravotní stav a dokumentace:** Pojištěné osoby, resp. jejich zákonní zástupci, svým podpisem na tomto formuláři udělují souhlas, aby pojišťovna a jím určená zdravotnická zařízení kdykoli dle svého uvážení zjišťovali a přezkoumávali jejich zdravotní stav nebo zjišťovali příčiny jeho smrti např. u policie, správních orgánů či jiných pojišťoven. Pojištěné osoby tímto berou na vědomí, že zjišťování zdravotního stavu nebo příčiny smrti se provádí na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními od ošetřujících lékařů a že v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickými zařízeními, kterým se v takovém případě zavazuje podrobit u zdravotnického zařízení určeného pojišťovnou. Ve smyslu ustanovení § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) pojištěný zproutuje mlčenlivosti ošetřující nebo pojišťovnou pověřené lékaře a zdravotnická zařízení, a to minimálně v rozsahu § 53 zákona o zdravotních službách a souhlasí, aby sdělili pojišťovně požadované údaje o jeho zdravotním stavu a umožnili mu nahlédnout do zdravotní dokumentace, pořídit si z ní výpisy i kopie. Tento souhlas uděluje za účelem uzavření pojistné smlouvy, provedení změn v pojistné smlouvě, vyřizování pojistných událostí během svého života i po jeho smrti a plnění závazků vyplývajících z pojistné smlouvy včetně dalších úkonů s ní souvisejících.

V		
Dne	Podpis pojištěného (případně i zákonného zástupce) <sup>2)</sup>	Podpis zástupce AEGON

<sup>2)</sup> Totožnost pojištěného byla před podpisem dotazníku ověřena zástupcem AEGON dle platného průkazu totožnosti. V případě osoby, která není plně svéprávná k právnímu jednání, ověřil zástupce AEGON oprávnění zastupující osoby. Pojišťovna je oprávněna požadovat úřední ověření totožnosti pojistníka/pojištěného a úřední ověření oprávnění zastupující osoby.