

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](http://www.aegon.sk)  
Kontaktné údaje: [aegon@aegon.sk](mailto:aegon@aegon.sk), 0850 123 466  
IBAN: SK901100000002626726777, BIC: TATRSKBX

Odpovedzte, prosím, na všetky otázky v tomto dokumente. Vyplnené obe strany dokumentu spolu so všetkými lekárskymi správami a ostatnými dokumentmi týkajúcimi sa poistnej udalosti doručte do Poistovne na vyššie uvedenú adresu. Úplné a včasné doručenie dokladov urýchli vybavenie Vašej žiadosti.

Okrem tohto vyplneného a podpísaného tlačiva, prosím, predložte aj nasledujúce dokumenty:

#### Úraz

- lekárske správy z celého priebehu liečby úrazu;
- policajná správa alebo iný relevantný dokument preukazujúci závery zo šetrenia úrazu (inšpektorát práce pri pracovných úrazoch, úmrtí alebo ťažkých ublíženiach na zdraví);
- v prípade že sa jedná o dennú dávku za liečbu úrazu je potrebné doložiť aj potvrdenie o čistom príjme.

#### Závažná choroba

nasledovné lekárske správy:

- lekársku správu o diagnostikovaní ochorenia v zmysle Osobitných poistných podmienok k príslušnému pripoisteniu, resp. doplnkovému poisteniu;
- histologický nález (TNM klasifikáciu);
- prepúšťacu správu z prípadnej hospitalizácie alebo operácie;
- v prípade poistnej udalosti z dôvodu závažnej choroby, musí byť podpísaný na tomto hlásení úradne overený.

#### Hospitalizácia

- prepúšťacu správu z hospitalizácie.

#### Práceschopnosť

potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, kde bude zrejme:

- a) prvý deň pracovnej neschopnosti,
- b) deň ukončenia pracovnej neschopnosti,
- c) dôvod pracovnej neschopnosti (určenie diagnózy),
- lekárske správy z celého priebehu liečby úrazu alebo choroby;
- potvrdenie o čistom príjme;
- Potvrdenie Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenskej dávky počas práceneschopnosti.

#### Operácia v dôsledku choroby

- prepúšťacu správu z hospitalizácie, počas ktorej bola operácia vykonaná;
- histologický nález.

#### Invalidita

- rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku, vystavené Sociálnou poisťovňou;
- odborný posudok o invalidite vydaný Sociálnou poisťovňou (lekárska správa posudkového lekára Sociálnej poisťovne);
- v prípade rentovej výplaty je potrebné doložiť aj:
  - potvrdenie o čistom príjme,
  - prípadne aj doklady preukazujúce iné poistenie invalidity s rentovou výplatom, a/alebo doklady preukazujúce vyplatené poistné plnenia z iných poistení, a/alebo doklady potvrdzujúce výšku akýchkoľvek invalidných dôchodkov od zamestnávateľa, štátu a iných subjektov;
- lekárske správy o zdravotnom stave, pre ktorý bol priznaný invalidný dôchodok.

#### Invalidita - Plnenie vopred

- kópiu lekárskeho potvrdenia o diagnostikovaní ochorenia v zmysle Osobitných poistných podmienok.

Čísla všetkých poistných zmlúv uzavretých s Poisťovňou (uveďte čísla poistných zmlúv, resp. číslo peňažného poukazu)

## OSOBNÉ ÚDAJE POISTENÉHO

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Adresa trvalého bydliska

Ulica, číslo, P. O. BOX

PSČ

Mesto

Štát

Telefónne číslo

Email

Korešpondenčná adresa (ulica, číslo, P.O.BOX, mesto, štát)

Telefónne číslo a email budú aktualizované a nahradia Vaše predchádzajúce kontaktné údaje. Na uvedené kontakty Vám zašleme potvrdenie k tomuto hláseniu.

Posledné zamestnanie:

a) obchodné meno / názov a sídlo / miesto podnikania zamestnávateľa:

b) pracovné zaradenie:

Dátum nástupu do zamestnania:

Vyplňte, prosím, len pre prípad poistného plnenia z poistenia práceneschopnosti alebo dennej dávky za liečbu úrazu:

čistý mesačný príjem:

Poistený je: ☐ zamestnanec ☐ SZČO (musí byť nemocensky poistená osoba, inak nevzniká nárok na poistné plnenie v prípade poistnej udalosti z dôvodu práceneschopnosti)

V prípade nároku na poistné plnenie žiadam vyplatiť finančné prostriedky na účet:

IBAN

SWIFT/BIC

Ak nebude uvedený bankový účet, prípadné poistné plnenie bude zaslané poštovým peňažným poukazom na korešpondenčnú adresu alebo adresu trvalého bydliska.

## POISTNÁ UDALOSŤ vznikla z dôvodu

☐ CHOROBY

Dátum vzniku poistnej udalosti:

Poistenia, z ktorých si chcete uplatniť poistné plnenie

- ☐ Oslobodenie od platenia poistného
- ☐ Invalidita s rentovou výplatom
- ☐ Invalidita s jednorazovou výplatom
- ☐ Operácia
- ☐ Závažné choroby
- ☐ Práceschopnosť
- ☐ Hospitalizácia
- ☐ Iné:

☐ ÚRAZU

Dátum vzniku poistnej udalosti (kedy a kde došlo k úrazu):

Dňa o hod. v

Poistenia, z ktorých si chcete uplatniť poistné plnenie

- ☐ Oslobodenie od platenia poistného
- ☐ Invalidita s rentovou výplatom
- ☐ Invalidita s jednorazovou výplatom
- ☐ Trvalé následky úrazu
- ☐ Denná dávka za liečbu úrazu
- ☐ Práceschopnosť
- ☐ Hospitalizácia
- ☐ Iné:

Popíšte okolnosti vzniku úrazu:

## VYHLÁSENIA A SÚHLASY POISTENÉHO, KTORÝ SI UPLATŇUJE NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE

**Ochrana osobných údajov**

a) Poistovnía je podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení (ďalej len „Zákon o ochrane osobných údajov“) prevádzkovateľom informačného systému, v ktorom sú spracúvané osobné údaje dotknutých osôb (najmä poistník, poistený, oprávnená osoba, ich zástupca). Právnym základom spracúvania osobných údajov je existencia zákonného oprávnenia na spracúvanie osobných údajov a uzavretie poisťnej zmluvy. Poistovnía je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb aj bez ich súhlasu na základe zákona o poisťovníctve v platnom znení a tiež podľa § 10 ods. 3 písm. b) Zákona o ochrane osobných údajov.

b) Osobné údaje dotknutých osôb v rozsahu uvedenom v poisťnej zmluve alebo predloženej Poistovní v súvislosti s poistením podľa poisťnej zmluvy (ďalej len „Osobné údaje“) Poistovnía spracúva za účelom (i) uzavretia poisťnej zmluvy; (ii) správ poistenia a ďalšie účely podľa zákona o poisťovníctve; (iii) štatistických a evidenčných aktivít Poistovne a osôb podľa písm. (d) nižšie.

c) Dotknutá osoba poskytla Osobné údaje dobrovoľne, avšak ich poskytnutie je povinné a nevyhnutné na uzatvorenie poisťnej zmluvy a plnenie záväzkov Poistovne vyplývajúcich z poisťnej zmluvy. Uzavretie poisťnej zmluvy v životnom poistení so zachovaním anonymity klienta je Poistovnía povinná odmietnuť.

d) Osoby (tretie strany a príjemcovia podľa Zákona o ochrane osobných údajov), ktorým Osobné údaje môžu byť poskytnuté a/alebo sprístupnené: (i) osoby, ktorým poskytnutie a/alebo sprístupnenie Osobných údajov Poistovníou vyplýva z právnych predpisov, (ii) osoby, ktoré pre Poistovníu alebo v mene Poistovne poskytujú služby a zabezpečujú činnosti v súvislosti s jej predmetom podnikania; (iii) Aegon Slovakia Holding B.V., Haag, Holandské kráľovstvo (ďalej len „Aegon Holandsko“) alebo iná osoba, ovládaná alebo ovládajúca Aegon Holandsko (podľa § 66a Obchodného zákonníka), vrátane osôb, ktoré sú s Aegon Holandsko a/alebo ovládajúcimi osobami Aegon Holandsko v zmluvnom vzťahu alebo sú s nimi inak prepojené; (iv) AEGON, d.s., a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, IČO 35 902 612; AEGON partner, s.r.o., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, IČO 36 610 984; AEGON Hungary Closed Company Ltd., 1091 Budapešť, IX. Úlleti út 1, Maďarsko, IČO 01-10-041365, zapísaná na Mestskom súde ako registrovom súde spoločnosť, konajúca prostredníctvom svojej pobočky AEGON Hungary Closed Company Ltd., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Slávičie údolie 106, Bratislava, Slovenská republika, IČO 36 868 396; (v) Münchener Rückversicherungs Gesellschaft, Spolková republika Nemecko;

(vi) RGA International Reinsurance Company Limited, Dublin, Írsko. Akékoľvek zmeny v zozname týchto osôb alebo inej skutočnosti podľa Zákona o ochrane osobných údajov budú oznamované prostredníctvom internetovej stránky Poistovne v sekcii Dodávateľa pre spoločnosti Aegon.

e) Osobou poverenou spracúvaním osobných údajov (sprostredkovateľom) je i) finančný agent, ktorý uzavretie poisťnej zmluvy sprostredkoval, ii) ďalšie osoby, ktorých aktuálny zoznam Poistovnía oznamuje prostredníctvom svojej internetovej stránky v sekcii Dodávateľa pre spoločnosti Aegon.

f) Poistovnía alebo osoby konajúce v jej mene je oprávnená požadovať a získavať Osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním z dokladu totožnosti, ďalších listín preukazujúcich údaje v rozsahu stanovenom osobitnými právnymi predpismi.

g) Dotknutá osoba má práva uvedené v Zákone o ochrane osobných údajov, najmä na základe písomnej žiadosti vyžadovať od Poistovne potvrdenie, či sú alebo nie sú jej Osobné údaje spracúvané; o zdroji, z ktorého boli získané Osobné údaje na spracúvanie; zoznam Osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania; opravu alebo likvidáciu svojich nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych Osobných údajov; likvidáciu Osobných údajov, ktorých účel spracúvania sa skončil alebo ak došlo k porušeniu Zákona o ochrane osobných údajov.

h) Poistník a poistený spoločne a nerozdielne vyhlasujú, že získali a disponujú výslovným súhlasom osôb iných ako poistník a poistený na spracúvanie osobných údajov podľa poisťnej zmluvy, ktorých osobné údaje poskytli Poistovní na účely poistenia podľa poisťnej zmluvy.

i) Osobné údaje budú spracúvané po dobu trvania zmluvného a/alebo poistného vzťahu a po dobu nevyhnutnú na uplatnenie práv Poistovne a dodržiavanie povinností, ktoré sú Poistovníu uložené, najmenej však po dobu, po ktorú je Poistovnía povinná uschovávať dokumentáciu podľa všeobecne záväzných právnych predpisov.

j) Ochrana osobných údajov a Dôverných informácií Poistovnía zachováva mlčanlivosť o informáciách uvedených a/alebo predložených v súvislosti s poisťnou zmluvou a zároveň je oprávnená aj bez súhlasu poistníka alebo poisteného sprístupniť alebo poskytnúť tieto informácie vrátane Osobných údajov osobám uvedeným vyššie ako aj osobám, ktorým sprístupnenie 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. Osobné údaje nebudú zverejnené.