



# HLÁŠENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI – HOSPITALIZACE

AEGON Pojišťovna, a.s., Na Pankráci 26/322, 140 00 Praha 4, Česká republika, IČ: 271 82 461, zapsaná v Obchodním rejstříku Městského soudu v Praze, oddíl B, vložka 9577.

Vypiňte čitelně první stranu formuláře<sup>1)</sup>, přiložte kopii dokladu propouštěcí zprávy z hospitalizace a zašlete bez zbytečného prodlení na výše uvedenou adresu.

## ČÁST I. (vyplňuje pojištěný nebo jeho zákonný zástupce)

IDENTIFIKACE	Číslo pojistné smlouvy (smluv)			
	Máte sjednáno pojištění hospitalizace u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Pokud ano, uveďte jména pojistitelů	
POJIŠTĚNÝ (POŠKOZENÁ OSOBA)	Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem
	Rodné číslo	Datum narození	Telefon	Kód zdrav. poj.
	Trvalé bydliště - ulice (místo a číslo)		PSČ	Místo (pošta)
	Zaměstnání - vykonávaná činnost, prac. zařazení		Od	Do
	Název a adresa zaměstnavatele			
	OSVČ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh podnikatelské činnosti		
	Nezaměstnaný <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Od	Žena v domácnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Důchodce <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
				Student <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Podrobný popis škody (uveďte příčiny hospitalizace)			Kdy ke škodě došlo? datum, čas
	Trpěl(a) jste uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (uveďte kdy, diagnózu, popis onemocnění či úrazu)			
Byl(a) jste před škodou invalidní? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (uveďte diagnózu, od kdy)				

POJISTNÉ PLNĚNÍ*	<input type="checkbox"/> Pojištěný <input type="checkbox"/> Zákonný zástupce	
	Titul před jménem	Příjmení
	Jméno	Titul za jménem
	Adresa	Rodné číslo
	Pojistné plnění poukažte <input type="checkbox"/> na účet <input type="checkbox"/> na adresu složenkou	Předčíslí/Číslo účtu/Kód banky Adresa

\*Bez vyplnění této části není možné poskytnout pojistné plnění.

**PROHLÁŠENÍ:** Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčeni pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře jejich smluvu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven o této škodné události. Prohlašuji, že jsem veškeré dotazy zodpověděl/a plně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných nebo neúplných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit.

V _____	Podpis poškozeného (nebo zákonného zástupce u nezletilého)	Úřední ověření totožnosti osoby uplatňující nárok na pojistné plnění
Dne _____		

<sup>1)</sup> V případě nedostatku místa uveďte potřebné informace na zvláštní list papíru s označením čísla smlouvy, data škody a podpisem osoby, která jej vyplnila.

## ČÁST II. (vyplňuje odborný lékař /vystavuje ošetřující lékař v příslušné nemocnici/)

\*Pro stanovení nároku na pojistné plnění z připojištění hospitalizace prosíme o vyplnění této části formuláře a kopii propouštěcí zprávy.

POPIS HOSPITALIZACE*	Místo hospitalizace	Datum přijetí	Datum propuštění
	Diagnóza slovy	Diagnóza dle WHO	
	Podrobný popis léčby		
	Hospitalizace v důsledku nemoci <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Byla hospitalizace plánována? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Od kdy?	Hospitalizace v důsledku úrazu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

V _____	Podpis a razítko lékaře
Dne _____	
Honorář za vyplnění zdravotního formuláře ve výši _____ Kč	
<input type="checkbox"/> byl zaplacen klientem	
<input type="checkbox"/> převedte na účet číslo _____ kód banky _____ specifický symbol _____	