

Žádost o výplatu pojistného plnění ze smlouvy číslo: _____

ID pojištěného	Pojištěný	Titul před jménem	Jméno	Příjmení	Titul za jménem
	Rodné číslo	Datum narození	Státní příslušnost	Rodné příjmení	Pohlaví
	Trvalé bydliště	Ulice (místo a číslo)		PSČ	Místo (pošta)

Oprávněná osoba	Oprávněná osoba	Titul před jménem	Jméno	Příjmení	Titul za jménem
	Rodné číslo	Datum narození	Státní příslušnost	Rodné příjmení	Pohlaví
	Typ průkazu totožnosti (např. OP)	Číslo průkazu		Datum vydání průkazu	Platnost průkazu do
	Trvalé bydliště	Ulice (místo a číslo)		PSČ	Místo (pošta)
	Kontaktní údaje <input type="checkbox"/> Kontaktní adresa shodná s trvalým bydlištěm	Jméno a příjmení		Kontaktní telefon	E-mail

Poučení:
Vzniklo-li právo na pojistné plnění osobě nezletilé, pak žádost o výplatu pojistného plnění vyplní zákonný zástupce nezletilého (nejčastěji rodič) a musí být také přiložena úředně ověřená kopie dokumentu dokazujícího, že se jedná o osobu svěřenou mu do opatrování (nejčastěji rodného listu dítěte). Pojistné plnění po ukončení šetření pojistné události pak bude vyplaceno rodiči takového dítěte.

Otázky k příčině pojistné události	Doplňující údaje uvedte do níže uvedeného pole. Doplňující odpovědi označte vždy číslem příslušné otázky.				
	1.	Máte k dispozici výpis příčiny úmrtí (dokument z matriky, která vystavila úmrtní list)?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
	2.	Znáte okolnosti, za kterých k události došlo?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
	3.	Máte k dispozici lékařskou zprávu o úmrtí pojištěného?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		
	4.	Máte k dispozici jinou úřední zprávu (např. policejní) o úmrtí pojištěného?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>		

Doplňující údaje:

Příjemce výplaty	<input type="checkbox"/> Převod na smlouvu	Žádám o použití výplaty jako platby mimořádného pojistného na pojistnou smlouvu č. _____, sjednanou u AEGON Pojišťovny, a. s.			
	<input type="checkbox"/> Převod na účet	Účet číslo	Kód banky		
	<input type="checkbox"/> Zaslání na adresu	Použít kontaktní adresu oprávněné osoby? Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>			
		Pokud NE, uveďte:			

Poučení (výňatek z pojistných podmínek):

Doručení této žádosti do sídla pojistitele je považováno za oznámení pojistné události dle čl. 9, odst. 6 Všeobecných pojistných podmínek pro životní pojištění. Dnem doručení této žádosti do sídla pojistitele začíná běžet lhůta pro ukončení šetření pojistné události dle čl. 9, odst. 7 cit. podmínek. Tato lhůta neběží, je-li šetření znemožněno nebo ztíženo z viny oprávněné osoby, např. nedodáním doplňujících podkladů nezbytných pro ukončení šetření nebo kontaktních údajů na osoby, které by tyto doplňující dokumenty mohly poskytnout. Pojistné plnění bude vyplaceno formou jednorázového plnění. Pojistitel pojistné plnění sníží o dlužné pojistné evidované k datu úmrtí pojištěného.

V _____ Dne _____

Podpis oprávněné osoby¹ (případně i zákonného zástupce)

¹ Totožnost oprávněné osoby musí být úředně ověřena.