



HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI¹⁾

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.

IDENTIFIKACE	Číslo pojistné smlouvy (smluv)
	Máte sjednáno pojištění u jiného pojistitele? Pokud ano, uveďte jména pojistitelů: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

POJIŠTĚNÝ (POŠKOZENÁ OSOBA)	<input type="checkbox"/> Pojištěný dospělý	Titul před jménem	Jméno	Příjmení
	<input type="checkbox"/> Pojištěné dítě			
	Rodné číslo	Datum narození	Číslo zdrav. pojišťovny	Státní příslušnost
	Místo narození i stát (není-li v ČR)	Stát daňové rezidence		Občanství
	Trvalé bydliště - ulice (místo a číslo)	PSČ	Místo (pošta)	
	Stát (není-li v ČR)	Kontaktní telefon	E-mail	

ZÁK. ZÁSTUPCE POJIŠT. DÍTĚTE	Titul před jménem	Jméno	Příjmení
	Trvalé bydliště - ulice (místo a číslo)	PSČ	Místo (pošta)
	Vztah k pojištěnému dítěti	Kontaktní telefon	

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

ŠKODNÍ UDÁLOST	1.	Datum škodní události - den, hodina, místo:
	2.	Typ škodní události - uveďte, z jakého pojištění uplatňujete nárok (např. invalidita, závažná onemocnění apod.):
	3.	Příčina a okolnosti škodní události (podrobný popis škody - u úrazu uveďte, jak a při jaké činnosti k úrazu došlo):
	4.	Byla událost šetřena (orgány policie apod.)? Pokud ano, uveďte název a adresu vyšetřujícího orgánu, adresu lékařského zařízení, které poskytlo prvotní ošetření (kontaktní údaje - jméno lékaře, adresa, telefon, email):
	5.	Adresa praktického lékaře, který má k dispozici Vaši kartu (kontaktní údaje - jméno lékaře, adresa, telefon, email) a/nebo lékaře, který Vás léčil v souvislosti s uplatněnou škodní událostí:
Prohlašuji, že jsem všechny dotazy zodpověděl(a) pravdivě a úplně. Jsem si vědom(a) důsledků nesprávných nebo nepravdivých odpovědí. Souhlasím, aby si AEGON Pojišťovna, a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci.		

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

V _____
Dne _____

Úředně ověřený podpis poškozeného nebo zákonného zástupce