



HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ÚRAZ (vyplňte čitelně obě strany formuláře)¹⁾

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) | |
| | Uplatňuji nárok z připojištění <input type="checkbox"/> denní odškodné <input type="checkbox"/> trvalé následky <input type="checkbox"/> rozšířené následky | |
| | Máte sjednáno úrazové pojištění u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Pokud ano, uveďte jména pojistitelů |

| | | | | |
|------------------|--|--------------------------------------|--------------------|-----------------|
| POJIŠTĚNÝ | Titul před jménem | Příjmení | Jméno | Kód zdrav. poj. |
| | Rodné číslo | Datum narození | Telefon | |
| | Trvalé bydliště - ulice (místo a číslo) stát (není-li v ČR) | | PSČ | Místo (pošta) |
| | Email (Vyplněním e-mailové adresy souhlasím, že bude pro jakoukoli komunikaci týkající se šetření pojistné události využíván tento kontakt. Současně souhlasím, že pro urychlení likvidace škody mohou být informace o zdravotním stavu pojištěného odesílány na uvedenou e-mailovou adresu, kterou jsem AEGON Pojišťovně, a.s. poskytl/a pro účely oznámení škodné události.) | | | |
| | Místo narození i stát (není-li v ČR) | Stát daňové rezidence (není-li v ČR) | Státní příslušnost | |
| | Povolání, obor | Od kdy? | | |
| | Název a adresa zaměstnavatele | | | |

| | | | | |
|--------------------|--|--|--|------------------|
| POPIS ÚRAZU | Datum úrazu | Čas úrazu | Místo úrazu | |
| | Jak a při jaké aktivitě k úrazu došlo? (podrobný popis) | | | |
| | Která část těla byla poraněna? | Jak byla poraněna? | | |
| | Byla tato část poraněna už dříve? Pokud ano – jak? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Jedná se o pracovní úraz? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | |
| | Došlo k úrazu při sportu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Druh sportu | Jste registrován v rámci sportovní organizace? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Datum registrace |
| | Název a adresa organizace, kde jste registrován | | | |
| | Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | |
| | Byla událost šetřena policií? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | Adresa | | |
| | Jména a adresy svědků události (popř. i telefony) | | | |
| | Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření | Datum | Čas | |
| | Jméno lékaře a adresa zařízení, kde jste se dále léčil | | | |
| | Jméno lékaře a adresa zařízení, kde máte kompletní zdravotní dokumentaci | | | |

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

PROHLÁŠENÍ: Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře jejich slibu 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 _____ Dne _____ Podpis pojištěného nebo zákonného zástupce²⁾

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

²⁾ Pojistitel může požadovat úředně ověřený podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění.

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE - ÚDAJE O ÚRAZU (vyplní odborný ošetřující lékař)

| | | | |
|------------------|-------------------|----------|-----------------|
| POJIŠTĚNÝ | Titul před jménem | Příjmení | Rodné číslo |
| | Jméno | | Titul za jménem |

| | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------|
| ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE - ÚDAJE O ÚRAZU (VYPLNÍ ODBORNÝ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ) | Odpovídá tělesné poškození okolnostem, jež pojištěný uvedl na straně č. 1? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | První ošetření datum | hodina |
| | Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření | | | |
| | Popis poranění | | | |
| | Diagnóza - kód MKN, popis | | | |
| | Průběh a způsob léčení - podrobně (Přiložte kopie lékařských zpráv o celém průběhu léčení) | | | |
| | Druh fixace | | RTG a jiné zobrazovací metody | |
| | od | do | datum | popis |
| | Rehabilitace | | Místo rehabilitace | Způsob a frekvence rehabilitace |
| | od | do | | |
| | Nezbytná délka léčení | | Pracovní neschopnost <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | |
| | od | do | od | do |
| | Hospitalizace ¹⁾ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | Místo hospitalizace | |
| | od | do | | |
| | Došlo ke komplikacím nebo jiným onemocněním, která ovlivnila délku léčení úrazu? | | | |
| Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | Druh omamné látky | %o alkoholu v krvi | |
| Byl porušen léčebný režim? Pokud ano, uveďte jak <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | | | |
| Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | Způsob předchozího postižení | | |
| Zanechal úraz trvalé následky? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | Je rozsah trv. následků ustálen? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne | | |
| Podrobný popis trvalých následků (i předpokládaných) | | | | |
| V jakém rozsahu je úrazem omezena funkčnost končetiny nebo postiženého orgánu? | | | | |
| | | | Dominantní končetina <input type="checkbox"/> pravá <input type="checkbox"/> levá | |

¹⁾ V případě hospitalizace přiložte kopii Propouštěcí zprávy, v případě operace přiložte kopii Operačního protokolu.

| | | | |
|----------------------------|--------------------------------|----------|-----------|
| IDENTIFIKACE LÉKAŘE | Jméno | Příjmení | Odbornost |
| | Adresa zdravotnického zařízení | | |

V _____

Dne _____

Podpis a razítko lékaře

Honorář za vyplnění zdravotního formuláře ve výši _____ Kč

byl zaplacen klientem

převedte na účet číslo _____ kód banky _____ specifický symbol _____