



HLÁŠENÍ ŠKODNÉ 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)	PSC	Místo (pošta)	
	Povolání, obor			
	Název a adresa zaměstnavatele			

POPIS ÚRAZU	Datum úrazu	Čas úrazu	Místo úrazu	
	Jak 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
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 zproštluji lékaře jejich slibou 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	Títul 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	od	do	RTG a jiné zobrazovací metody datum
	Rehabilitace	od	do	Místo rehabilitace Způsob a frekvence rehabilitace
	Nezbytná délka léčení	od	do	(včetně)
	Hospitalizace ¹⁾	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	od	do
	Došlo ke komplikacím nebo jiným onemocněním, která ovlivnila délku léčení úrazu?			Pracovní neschopnost <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Druh omamné látky	% alkoholu v krvi
	Byl porušen léčebný režim? Pokud ano, uveďte jak <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			Místo hospitalizace
	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

převed'te na účet číslo _____ kód banky _____ specifický symbol _____