

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.

Vypište čitelně první stranu formuláře¹⁾, přiložte kopii dokladu propouštěcí zprávy z hospitalizace a zašlete bez zbytečného prodlení na výše uvedenou adresu.

ČÁST I. (vypíňuje 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	Rodné číslo
	Adresa		
	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 léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře jejich službu mlčenlivostí. 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 poškozeného 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.

ČÁST II. (vypíňuje 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 _____

Dne _____

Honorář za vyplnění zdravotního formuláře ve výši _____ Kč

byl zaplacen klientem

převedte na účet číslo _____

Podpis a razítko lékaře

_____ kód banky _____ specifický symbol _____