

**Obchodné meno, sídlo, právna forma a registrácia poisťovne:**

AEGON Hungary Closed Company Ltd., so sídlom 1091 Budapešť, IX. Üllői út 1, Maďarsko, IČO: 01-10-041365, zapísaná na Mestskom súde ako registrovom súde spoločnosti, konajúca prostredníctvom svojej pobočky AEGON Hungary Closed Company Ltd., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 36 868 396, zapísaná v Obchodnom registri vedenom Okresným súdom Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 1857/B (ďalej len „poisťovateľ“)  
www.aegon.sk, aegon@aegon.sk, 0850 123 466

Číslo poistnej udalosti:

(vyplní poisťovňa)

Číslo poistnej zmluvy/návrhu:

**A. POISTENÝ**

Meno, priezvisko, titul:

Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX):

Telefónne číslo:

Email:

Rodné číslo:

+

**B. POŠKODENÝ** (osoba, na ktorej úraz sa poistenie vzťahuje)

Je zhodný s poisteným  áno  nie

Meno, priezvisko, titul:

Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX):

Telefónne číslo:

Email:

Rodné číslo:

+

**C. ZÁKLADNÉ INFORMÁCIE O ÚRAZE:**

Dátum a čas vzniku:

Poškodený zdieľa s poisteným spoločnú domácnosť  áno  nie

Miesto vzniku:

Okolnosti a popis vzniku úrazu:

Typ následku úrazu, ktorý si poškodený uplatňuje:

Poškodený je lavák

Dátum úmrtia (vyplňte iba pri úmrtí):

áno  nie

**D. DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE O ÚRAZE:**

Dátum lekárskeho vyšetrenia:

Meno a adresa ošetrojúceho lekára:

Typ lekárskeho vyšetrenia:

Hospitalizácia v súvislosti s úrazom:  áno  nie

Chirurgický zákrok v súvislosti s úrazom:  áno  nie

Boli okolnosti vzniku úrazu vyšetrované políciou?  áno  nie

Útvar PZ, číslo. vyš. spisu (CVS):

### E. ÚDAJE O OPRÁVNENEJ OSOBE

Právne postavenie osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie:

oprávnená osoba

dieťa

manžel/ka

iná osoba: \_\_\_\_\_

Meno, priezvisko, titul:

\_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo, mesto, štát, príp. P.O.BOX):

\_\_\_\_\_

Vzťah k poškodenému:

\_\_\_\_\_

Telefónne číslo:

Email:

Rodné číslo:

+ \_\_\_\_\_

### F. POISTNÉ PLNENIE

Uvedte číslo účtu alebo adresu, na ktorú žiadate poukázať poistné plnenie:

Poštovou poukážkou na trvalú adresu:

\_\_\_\_\_

Na číslo účtu:

IBAN:

SWIFT/BIC:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### G. VYHLÁSENIE

Ja dolu podpísaný, uplatňujem si nárok na poistné plnenie a zároveň vyhlasujem, že všetky moje odpovede na písomné otázky týkajúce sa hlásenej poistnej udalosti sú úplné a pravdivé. Zároveň som si vedomý, že toto uplatnenie nároku nezakladá automaticky právo na výplatu plnenia z poistnej sumy.

Zároveň vyhlasujem, že som bol oboznámený so skutočnosťami vyplývajúcimi z čl. 13 Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe týchto údajov, ktoré sú zároveň uvedené v poistnej zmluve, ako aj na internetovej stránke [www.aegon.sk](http://www.aegon.sk), v sekcii venovanej ochrane osobných údajov.

Dátum:

Miesto:

\_\_\_\_\_

Meno a priezvisko (použite, prosím, paličkové písmo):

\_\_\_\_\_

Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

\_\_\_\_\_