

Obchodné meno, sídlo, právna forma a registrácia Poistovne:
AEGON Životná poisťovňa, a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 979 356, DIČ: 2022134345,
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka číslo: 3810/B, (ďalej len „Poistovňa“)
www.aegon.sk, aegon@aegon.sk, 0850 123 466, IBAN kód: SK90110000000262672777, Swift kód: TATRSKBX

Odpovedzte, prosím, na všetky otázky v tomto dokumente. Vyplnené obe strany dokumentu spolu so všetkými lekárskymi správami a ostatnými dokumentmi týkajúcimi sa poistnej udalosti doručte do Poistovne na vyššie uvedenú adresu. Úplné a včasné doručenie dokladov urýchli vybavenie Vašej žiadosti.

ČÍTAJTE POZORNE!

Okrem tohto vyplneného a podpísaného tlačiva, prosím, predložte aj nasledujúce dokumenty:

ÚRAZ

- lekárske správy z celého priebehu liečby úrazu;
- policajná správa alebo iný relevantný dokument preukazujúci závery zo šetrenia úrazu (inšpektorát práce pri pracovných úrazoch, úmrtí alebo ťažkých ublíženiach na zdraví);
- v prípade že sa jedná o dennú dávku za liečbu úrazu je potrebné doložiť aj potvrdenie o čistom príjme.

Závažná choroba

nasledovné lekárske správy:

- lekársku správu o diagnostikovaní ochorenia v zmysle Osobitných poistných podmienok k príslušnému pripoisteniu, resp. doplnkovému poisteniu;
- histologický nález (TNM klasifikáciu);
- prepúšťaciu správu z prípadnej hospitalizácie alebo operácie;
- v prípade poistnej udalosti z dôvodu závažnej choroby, musí byť podpís na tomto hlásení úradne overený.

Hospitalizácia

- prepúšťaciu správu z hospitalizácie.

PRÁČENESCHOPNOSŤ

potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, kde bude zrejme:

- a) prvý deň pracovnej neschopnosti,
- b) deň ukončenia pracovnej neschopnosti,
- c) dôvod pracovnej neschopnosti (určenie diagnózy),
- lekárske správy z celého priebehu liečby úrazu alebo choroby;
- potvrdenie o čistom príjme;
- Potvrdenie Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenskej dávky počas práceneschopnosti.

Operácia v dôsledku choroby

- prepúšťaciu správu z hospitalizácie, počas ktorej bola operácia vykonaná;
- histologický nález.

Invalidita

- rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku, vystavené Sociálnou poisťovňou;
- odborný posudok o invalidite vydaný Sociálnou poisťovňou (lekárska správa posudkového lekára Sociálnej poisťovne);
- v prípade rentovej výplaty je potrebné doložiť aj: - prípadne aj doklady preukazujúce iné poistenie invalidity s rentovou výplatou, a/alebo doklady preukazujúce vyplatené poistné plnenia z iných poistení, a/alebo doklady potvrdzujúce výšku akýchkoľvek invalidných dôchodkov od zamestnávateľa, štátu a iných subjektov;
- lekárske správy o zdravotnom stave, pre ktorý bol priznaný invalidný dôchodok.

Invalidita - Plnenie vopred

- kópiu lekárskeho potvrdenia o diagnostikovaní ochorenia v zmysle Osobitných poistných podmienok.

Čísla všetkých poistných zmlúv uzavretých s Poistovňou (uveďte čísla poistných zmlúv, resp. číslo peňažného poukazu)

OSOBNÉ ÚDAJE POISTENÉHO

Meno a priezvisko

Rodné číslo

Adresa trvalého bydliska

Ulica, číslo, P. O. BOX

PSČ

Mesto

Štát

Telefónne číslo

Email

Telefónne číslo a email budú aktualizované a nahradia Vaše predchádzajúce kontaktné údaje.
Na uvedené kontakty Vám zašleme potvrdenie k tomuto hláseniu.

Posledné zamestnanie:

a) obchodné meno / názov a sídlo / miesto podnikania zamestnávateľa:

b) pracovné zaradenie:

Vyplňte, prosím, len pre prípad poistného plnenia z poistenia práceneschopnosti alebo dennej dávky za liečbu úrazu:

čistý mesačný príjem:

Poistený je:

zamestnanec SZČO (musí byť nemocensky poistená osoba, inak nevzniká nárok na poistné plnenie v prípade poistnej udalosti z dôvodu práceneschopnosti)

V prípade nároku na poistné plnenie žiadam vyplatiť finančné prostriedky na účet:

IBAN

SWIFT/BIC

Ak nebude uvedený bankový účet, prípadné poistné plnenie bude zaslané poštovým peňažným poukazom na korešpondenčnú adresu alebo adresu trvalého bydliska.

POISTNÁ UDALOSŤ vznikla z dôvodu

CHOROBY

Dátum vzniku poistnej udalosti:

Poistenia, z ktorých si chcete uplatniť poistné plnenie

- Práceschopnosť
 Hospitalizácia
 Operácia
 Závažné choroby
 Invalidita
 Oslobodenie od platenia poistného
 Iné:

ÚRAZU

Dátum vzniku poistnej udalosti (kedy a kde došlo k úrazu):

Dňa o hod. v

Poistenia, z ktorých si chcete uplatniť poistné plnenie

- Denná dávka za liečbu úrazu / Bežné úrazy
 Práceschopnosť
 Trvalé následky úrazu
 Hospitalizácia
 Invalidita
 Oslobodenie od platenia poistného
 Iné:

Popíšte okolnosti vzniku úrazu:

Došlo k úrazu pri športe alebo záujmovej činnosti?

- nie áno Uvedte bližšie informácie (registráciu v športovom klube, účasť na súťaži, a pod.):

Bola udalosť, ktorá je dôvodom hlásenia poistnej udalosti, vyšetrovaná políciou?

- nie áno Kontaktná adresa policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa:

Uvedte meno a presnú adresu (prípadne telefón) posledného ošetrujúceho lekára, u ktorého máte vedenú zdravotnú dokumentáciu:

	Meno a priezvisko	Adresa	Tel. číslo
Všeobecný ošetrujúci lekár:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ženský lekár:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VYHLÁSENIE A POTVRDENIE POISTENÉHO, KTORÝ SI UPLATŇUJE NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE (ďalej len Poistený)

Ja, dolu podpísaný/á, uplatňujem si nárok na poistné plnenie, resp. oslobodenie od platenia poistného a vyhlasujem, že na všetky otázky v tomto Hlásení poistnej udalosti som odpovedal/a **úplne a pravdivo**. Zároveň vyhlasujem, že som majiteľom/ou účtu, na ktorý žiadam vyplatiť finančné prostriedky za predpokladu vzniku nároku na poistné plnenie.

Som si vedomý/á, že toto uplatnenie nároku nezakladá automaticky právo na výplatu plnenia z poistnej zmluvy, resp. na oslobodenie od platenia poistného.

Poistený podpisom tohto dokumentu bezpodmienečne a bezvýhradne (a) pristupuje k peňažným záväzkom vyplývajúcim z poistnej zmluvy vo forme akýchkoľvek dlžných peňažných čiastok z poistenia podľa poistných zmlúv, z ktorých vznikne nárok na poistné plnenie a (b) súhlasí, aby Poistovnía ku dňu splatnosti poistného plnenia započítala takéto dlžné peňažné čiastky na poistné plnenie až do výšky poistného plnenia.

Vzťah zákonného zástupcu k maloletému Poistenému

Meno a priezvisko zákonného zástupcu Rodné číslo

Adresa trvalého bydliska zákonného zástupcu (ulica, číslo, P.O.BOX, mesto, štát)

Korešpondenčná adresa zákonného zástupcu (ulica, číslo, P.O.BOX, mesto, štát)

V

Dňa

Podpis Poisteného, resp. zákonného zástupcu

Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)

Štát vydania dokladu totožnosti

Poistovníou splnomocnená osoba (finančný agent):

Podpis <input type="text"/>	Meno a priezvisko/Obchodné meno <input type="text"/>	SP číslo finančného agenta <input type="text"/>
	Email <input type="text"/>	Mobilné telefónne číslo <input type="text"/>