

Adresa pobočky: Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava  
E-mail: aegon@aegon.sk, Web: www.aegon.sk  
0850 123 466

IBAN: SK3011000000002926122916, BIC: TATRSKBX

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 ľavák

áno  nie

Dátum úmrtia (vyplňte iba pri úmrtí):

### 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.

Dátum:

Miesto:

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

Podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie