



AEGON Hungary Closed Company Ltd.,
pobočka poisťovne z iného členského štátu.

Adresa pobočky:
Slávičie údolie 106
811 02 Bratislava
E-mail: aegondom@aegon.sk Web: www.aegon.sk

Hlásenie škodovej udalosti – Dom Komplet MAJETOK A ZODPOVEDNOSŤ

Formulár
PM / PZ

Číslo poistnej udalosti:																				
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(vyplní poisťovňa)

Číslo poistnej zmluvy/návrhu:																				
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poistený:

Meno a Priezvisko:		Ste platiteľom DPH?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ulica:		Mesto:	
Telefón:		PSČ:	
E-mail:	@	Číslo účtu / Banka:	

Poškodený: (len pre škody zo zodpovednosti za škodu)

Meno / Názov:		Ste platiteľom DPH?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ulica:		Mesto:	
Telefón:		PSČ:	
E-mail?:	@	Číslo účtu / Banka:	

Základné informácie o škode:

Dátum vzniku:		Hodina vzniku:		Výška škody (aj odhad):	
Miesto vzniku:					
Príčina a popis:					

Zoznam poškodených vecí: (väčší rozsah uveďte v prílohe)

--

Doplňujúce informácie o škode:

Bola škoda hlásená políciou?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Útvar, adresa, č. vyš. spisu:
Bola škoda hlásená hasičom?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Útvar, adresa:
Ste majiteľom postihnutej veci?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak nie, komu patria?
Kde sa nachádza poškodená vec?		
Ste pre prípad tejto škody poistený aj u iného poisťovateľa?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Číslo poistnej zmluvy:
Zabezpečili ste fotodokumentáciu postihnutých vecí?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	

Kto Vám škodu spôsobil / zodpovedá za škodu:

Meno a Priezvisko:	
Ulica:	Mesto:
Telefón:	PSČ:
E-mail:	@ Fax:
Bola Vám škoda uhradená?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, v akej výške?

V zmysle § 7 ods. 5 cit. zákona poistený prehlasuje, že osobné údaje o iných osobách uviedol na tomto tlačive s ich súhlasom a súčasne prehlasuje, že bol oboznámený so skutočnosťami vyplývajúcimi z § 10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov.

V

dňa

.....
podpis poisteného / poškodeného