

## Oznámení pojistné události na pojištění For You

 Číslo pojistné smlouvy (smluv)   

NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 - Smíchov, IČO: 40763587, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složka společnosti: NN Životní pojišťovna N.V., se sídlem: Weena 505, 3013 AL Rotterdam, Nizozemské království, zapsaná v obchodním rejstříku Obchodní komory v Rotterdamu, Nizozemské království, datum zápisu 17. ledna 1863, číslo zápisu 24042211 (dále jen „pojišťovna“ nebo „NN“).

Pojištěný	Vždy vyplňte aktuální údaje. Pokud kterýkoli z údajů uvedete v nové podobě, aktualizujeme jej pro Vás na všech smlouvách administrovaných NN, kde vystupujete jako pojistník nebo pojištěný.			
	Titul	Příjmení <sup>1)</sup>	Jméno <sup>1)</sup>	Kód zdravotní pojišťovny
	Rodné číslo <sup>1)</sup>	Datum narození	Místo narození (i stát, není-li v ČR)	Státní příslušnost <sup>1)</sup>
	Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas	Číslo průkazu	Vydaný kým	Platný do
	Trvalé bydliště <sup>1)</sup> – ulice a číslo popisné		PSC	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)
	Kontakty pro elektronickou komunikaci <sup>2)</sup> : Kontaktní telefon		E-mail	
	Povolání (činnost, profese, pozice)	Odvětví/obor	Od kdy?	
Název a adresa zaměstnavatele				

<sup>1)</sup> Pokud dojde ke změně údajů v označené kolonce, jsme povinni znovu ověřit vaši totožnost. Ověření je možné provést buď osobně prostřednictvím zástupce NN dle předloženého průkazu totožnosti, nebo můžete k formuláři připojit fotokopii průkazu totožnosti (OP/pas).

<sup>2)</sup> Vyplněním e-mailové adresy a kontaktního telefonu souhlasíte, že je můžeme využít pro jakoukoli komunikaci týkající se pojistných událostí. Např. pro urychlení šetření pojistné události Vám můžeme informace o zdravotním stavu odeslat na uvedený e-mail. Pokud jste současně i pojistníkem, udělujete poskytnutím svých kontaktů souhlas s elektronickou komunikací (viz prohlášení o elektronické komunikaci níže).

Oznámení pojistné události	<b>Pojistná událost:</b>	<b>Současně s tímto formulářem prosím doložte tyto dokumenty:</b>
	<input type="checkbox"/> rakovina prsu nebo ženských pohlavních orgánů	1. Celkový výpis ze zdravotní dokumentace od praktického lékaře. 2. Kopie lékařských zpráv od odborného lékaře (propouštěcí zprávu z nemocnice nebo potvrzenou kopii zprávy odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu, vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; dále fotokopii histologického nálezu s číslem preparátu).
	diagnóza <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> úmrtí	1. Úředně ověřenou kopii úmrtního listu. 2. Ověřenou kopii listu o prohlídce mrtvého (Část A, list 1) nebo potvrzení úmrtní diagnózy od lékaře (příp. pitevní protokol).
	Datum úmrtí <input type="text"/>	
	Příčina úmrtí / diagnóza č. <input type="text"/>	
	Popis okolností, za kterých došlo k úmrtí: <input type="text"/>	

Vyšetřující orgán	Byla pojistná událost šetřena policií apod.? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
	Pokud ano, doložte kopii policejního protokolu, resp. usnesení, příp. pravomocný soudní rozsudek, záznam o nemoci z povolání apod.: <input type="text"/>
	Název a adresa vyšetřujícího orgánu, číslo a značka jednací: <input type="text"/>

Zdravotnická zařízení	Jméno praktického lékaře, název a adresa zdravotnického zařízení, telefon: <input type="text"/>
	Jména lékařů a názvy zdravotnických zařízení, ve kterých byl pojištěný v souvislosti s pojistnou událostí léčen nebo zemřel: <input type="text"/>

Máte-li k dispozici další podklady vztahující se k pojistné události, přiložte je nebo jejich ověřené kopie.

**Obmyšlená osoba (nevyplňuje se, pokud pojistnou událost oznamuje sám pojištěný nebo zástupce pojištěného)**

Titul	Příjmení	Jméno	Obmyšlená osoba je: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
Rodné číslo	Datum narození	Místo narození (i stát, není-li v ČR)	Státní příslušnost
Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas	Číslo průkazu	Vydaný kým	Platný do
Trvalé bydliště – ulice a číslo popisné		PSČ	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)
Kontakty pro elektronickou komunikaci <sup>3)</sup> : Kontaktní telefon		E-mail	
Vztah k pojištěnému			

**Zákonný nebo zplnomocněný zástupce pojištěného / obmyšlené osoby (nevyplňuje se, pokud pojistnou událost oznamuje sám pojištěný nebo je příjemcem výplaty obmyšlená osoba)**

Titul	Příjmení	Jméno	Zástupce je: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
Rodné číslo	Datum narození	Místo narození (i stát, není-li v ČR)	Státní příslušnost
Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas	Číslo průkazu	Vydaný kým	Platný do
Trvalé bydliště – ulice a číslo popisné		PSČ	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)
Kontakty pro elektronickou komunikaci <sup>3)</sup> : Kontaktní telefon		E-mail	
Vztah k pojištěnému / obmyšlené osobě		Adresa příslušného odboru péče o dítě	

<sup>3)</sup> Vyplněním e-mailové adresy a kontaktního telefonu souhlasíte, že je můžeme využít pro jakoukoli komunikaci.

**Příjemcem výplaty je pojištěný nebo osoba identifikovaná v sekci Jiný oznamovatel. Příjemce výplaty žádá pojistné plnění zaslat:**

<input type="checkbox"/>	na bankovní účet, u kterého je vlastníkem nebo spoluvlastníkem	kód banky
<input type="checkbox"/>	poštovní poukázkou na adresu trvalého bydliště	

specifický symbol      variabilní symbol      konstantní symbol

**Případy, kdy pojišťovna vyžaduje, aby byl podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění úředně ověřen (notářem / na obecním úřadě / na CzechPOINTu):**

– při výplatě částky vyšší než 500 000 Kč na bankovní účet (s výjimkou účtu u KK INVESTMENT PARTNERS, a.s.).

**Při výplatě pojistného plnění v celkové hodnotě 25 000 Kč nebo více je pojišťovna v souladu se zákonem povinna vykonat identifikaci a ověření identifikace osoby uplatňující nárok na pojistné plnění.** Ověření identifikace osoby uplatňující nárok na pojistné plnění může vykonat poradce přímo na tomto formuláři, nebo můžete k formuláři přiložit Veřejnou listinu o identifikaci fyzické osoby, kterou Vám vystaví například na CzechPOINTu.

**V případě pojistného plnění v celkové hodnotě 25 000 Kč a více zákonnému zástupci dítěte pojišťovna vyžaduje doložení dokladu, který jej opravňuje k zastupování (rodný list dítěte, či rozhodnutí soudu).**

**V případě, kdy je příjemce výplaty politicky exponovanou osobou (ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.), může pojišťovna vyžadovat doložení vyplněného finančního dotazníku.**

**Prohlášení identifikované osoby:**

Příložením fotokopie průkazu totožnosti dáváte souhlas s jejím zpracováním. Fotokopii průkazu totožnosti a údaje v ní obsažené budeme zpracovávat po dobu nezbytně nutnou v souvislosti s ověřením změny údajů a k ochraně našich práv při škodách a sporech. Veškeré informace o zpracování osobních údajů a souvisejících právech naleznete v Poučení o ochraně osobních údajů na našich webových stránkách, se kterým potvrzujete seznámení příložením fotokopie průkazu totožnosti.

**Prohlášení pojištěného / obmyšlené osoby / příjemce výplaty:**

Souhlasím, aby si pojišťovna a jí určená zdravotnická zařízení vyžádala veškerou dokumentaci o zdravotním stavu pojištěného, příp. o zdravotním stavu pojištěného dítěte, a o průběhu léčeni pro potřeby šetření škodní události. Dále zprošťuji lékaře od jejich slibu mlčenlivosti a rovněž souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven o této škodní události. Zplnomocňuji všechny lékaře a zdravotnická zařízení, u kterých byl pojištěný nebo pojištěné dítě léčen/a či ošetřen/a, a ostatní pojišťovny, u kterých byl pojištěný nebo pojištěné dítě veden/a jako pojištěný, k poskytování úplných informací o zdravotním stavu v případě, že o ně pojišťovna požádá. 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. Jsem si vědom/a prohlášení týkajících se zdravotního stavu a dokumentace učiněných v pojistné smlouvě a ve zdravotním dotazníku.

**Čestné prohlášení příjemce pojistného plnění:**

Čestně prohlašuji, že finanční prostředky vyplacené jako pojistné plnění nezletilému dítěti použiji výhradně ve prospěch nezletilého, nikoli pro svůj vlastní prospěch. Dále čestně prohlašuji, že seznámím druhého zákonného zástupce nezletilého se skutečností, že za nezletilého příjmu pojistné plnění.

**Prohlášení příjemce pojistného plnění – politicky exponovaná osoba:**

Prohlašuji, že jsem politicky exponovanou osobou ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Aktuální definice politicky exponované osoby je uvedena na webových stránkách [www.nn.cz/pep](http://www.nn.cz/pep).

**Prohlášení příjemce pojistného plnění – daňový rezident <sup>4)</sup>**

Prohlašuji, že jsem daňovým rezidentem jiného státu než ČR (tj. mám povinnost přiznávat daně jinde než v ČR).

Prohlašuji, že jsem držitelem zelené karty, příp. že mě při jednání s NN zastupuje osoba, která je investičním poradcem či správcem investic se sídlem v USA nebo je zástupcem takové společnosti.

V případě kladné odpovědi prosím vyplňte zemi daňové rezidence a daňové identifikační číslo přidělené státem daňového rezidentství.

Země daňové rezidence  Daňové identifikační číslo

**Upozornění:** Pokud máte trvalé bydliště mimo ČR a současně jste plátcem daně z příjmů pouze v ČR (tzn. políčko zůstane nezaškrtnuté), je nutné doložit potvrzení o přechodném pobytu v ČR, případně daňový domicil.

<sup>4)</sup> Daňovým rezidentstvím se rozumí daňová příslušnost k určitému státu z důvodu bydliště, stálého pobytu, sídla nebo místa vedení v daném státě. Pojišťovna je povinna shromažďovat a spravovat daně (Specializovaný finanční úřad) oznamovat údaje o klientovi, jeho daňovém rezidentství a jeho pojistné smlouvě na základě zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů.

Zástupce NN	Jméno a příjmení zástupce NN		Název samostatného zprostředkovatele	
	Název vázaného zástupce právnické osoby a vztah k poradci			
	IČO zástupce NN (dle registru ČNB)	ID zástupce NN (osobní ID)	ID samostatného zprostředkovatele	<input type="checkbox"/> vázaný zástupce samostatného zprostředkov. <input type="checkbox"/> samostatný zprostředkovatel
	Mobil zástupce NN	E-mail zástupce NN		
	Adresa podnikání zástupce NN (dle registru ČNB)			

Datum a podpis	Datum podpisu		Jméno, příjmení, datum narození	
	<input type="text"/>		Podpis oznamovatele pojistné události <sup>5)</sup> (který je zároveň příjemcem pojistného plnění)	Podpis zástupce NN

<sup>5)</sup> Zástupce NN ověřil identifikační údaje a shodu podob výše uvedené identifikované osoby dle předloženého průkazu totožnosti. Pokud není pojistník zároveň zákonným zástupcem pojištěného, doplňte tuto žádost o vyplněný formulář Způsobilost k zákonnému zastoupení vč. kopie oprávnění za tuto osobu jednat (zejména rodný list, rozhodnutí soudu). V případě osoby, která není plně svéprávná k právnímu jednání, ověřil zástupce NN originál oprávnění k zastoupení. Pojišťovna je oprávněna požadovat úřední ověření totožnosti pojištěného, identifikaci zástupce a úřední ověření oprávnění zastupující osoby.

Potřebujete-li uvést podrobnější údaje k jednotlivým bodům, použijte tento nebo zvláštní list.