

Oznámení pojistné události s vážným zdravotním následkem

 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 (odštěpný závod) 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 ¹⁾	Jméno ¹⁾	Kód zdravotní pojišťovny
	Rodné číslo ¹⁾	Datum narození	Místo narození (i stát, není-li v ČR)	Státní příslušnost ¹⁾
	Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas	Číslo průkazu	Vydaný kým	Platný do
	Trvalé bydliště ¹⁾ – ulice a číslo popisné		PSC	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)
	Kontakty pro elektronickou komunikaci ²⁾ : Kontaktní telefon		E-mail	
	Povolání (činnost, profese, pozice)		Odvětví/obor	Od kdy?
	Název a adresa zaměstnavatele			

¹⁾ 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).

²⁾ 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).

Jiný oznamovatel a příjemce plnění	Vyplňte v případě, že pojistnou událost oznamuje jiná osoba než pojištěný uvedený výše. Tato osoba bude zároveň příjemcem výplaty pojistného plnění.			
	Tato osoba je: <input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného <input type="checkbox"/> zplnomocněný zástupce pojištěného			
	Titul	Příjmení	Jméno	Oznamovatel je: <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž
	Rodné číslo	Datum narození	Místo narození (i stát není-li 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		PSC	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)
	Kontakty pro elektronickou komunikaci ³⁾ : Kontaktní telefon		E-mail	
Vztah k pojištěnému				

³⁾ Vyplněním e-mailové adresy a kontaktního telefonu souhlasíte s tím, že je můžeme využít pro jakoukoli komunikaci týkající se pojistných událostí. Např. pro urychlení šetření pojistné události Vám můžeme informace o zdravotním stavu (příp. o zdravotním stavu pojištěného dítěte) odeslat na uvedený e-mail. Pokud jste současně i pojistníkem, udělujete poskytnutím svých kontaktů souhlas s elektronickou komunikací (viz prohlášení o elektronické komunikaci níže).

Druh potenciální pojistné události	Pojistná událost způsobila: <input type="checkbox"/> závažné onemocnění nebo závažný zdravotní následek	Pojistná událost by mohla vzniknout z: (máte-li daný typ sjednán) připojištění závažných onemocnění, závažných zdravotních následků, závažných onemocnění pro ženy (ZO PLUS), závažných onemocnění dětí	Současně s tímto formulářem prosím doložte tyto dokumenty: 1. Celkový výpis ze zdravotní dokumentace od praktického lékaře. 2. Kopie lékařských zpráv od odborného lékaře.
	<input type="checkbox"/> invaliditu 1. / 2. / 3. stupně	připojištění invalidity 1., 2. a 3. stupně, zproštění od placení, připojištění invalidity dítěte (3. stupeň do 26 let)	1. Ověřenou kopii rozhodnutí ČSSZ o přiznání invalidního důchodu nebo odborný posudek o zdravotním stavu, nemá-li pojištěný nárok na invalidní důchod. 2. Ověřenou kopii Posudku o invaliditě vydané OSSZ.
	<input type="checkbox"/> trvalé následky úrazu nebo nemoci	připojištění trvalých následků úrazu od 1 % nebo od 10 %, připojištění trvalých následků úrazů nebo nemoci (CTN3)	1. Kopii lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře. 2. V případě hospitalizace kopii propouštěcí zprávy. 3. Kopii lékařské zprávy s aktuálním popisem trvalých následků (v případě omezení hybnosti – uveďte prosím rozsah hybnosti ve stupních, v případě jizvy – typ a rozměr).
	<input type="checkbox"/> hospitalizaci	připojištění hospitalizace	1. Kopie propouštěcí zprávy.
	<input type="checkbox"/> onemocnění dítěte	připojištění pro případ vybraných onemocnění dětí	1. Kopie lékařských zpráv o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře. 2. V případě hospitalizace kopii propouštěcí zprávy. 3. V případě onemocnění vyjmenovaných v ZPP kopii očkovacího průkazu.
	<input type="checkbox"/> ztrátu soběstačnosti, závislost na péči	připojištění bezmocnosti – 4. stupně invalidity (závislost III., IV. stupně), invalidity dítěte, závislosti dítěte na péči (závislost III., IV. stupně), připojištění dlouhodobé péče II., III., IV. stupně (LTC), nesoběstačnosti	1. Celkový výpis ze zdravotní dokumentace od praktického lékaře. 2. Kopie lékařských zpráv od odborného lékaře. 3. Ověřenou kopii rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči vydané Úřadem práce ČR.

Pokud zdravotní poškození (nemoc nebo úraz) způsobilo např. pracovní neschopnost, nutnost ošetřování dítěte, anebo šlo o úraz pojištěný v rámci denního odškodného, můžete využít on-line hlášení škod na www.nn.cz/nahlaseni. Zde jsou Vám k dispozici také formuláře „Oznámení pojistné události následkem úrazu“ nebo „Oznámení pojistné události – pracovní neschopnost/hospitalizace/ošetřování dítěte“.

Okolnosti vzniku pojistné události

Kdy k pojistné události došlo Datum Čas : **Místo události**

Popis okolností, za kterých došlo k události:

Byly okolnosti pojistné události šetřeny (policí, bezpečností práce apod.)? ANO NE
Pokud ano, doložte záznam o pracovním úrazu, příp. doložte také vyjádření orgánů Inspekce práce a uveďte adresu vyšetřovacího orgánu, číslo a značku jednací:

Praktický/dětský lékař, u kterého máte kompletní zdravotní dokumentaci ohledně pojistné události (uveďte jméno lékaře, název a adresu zdravotnického zařízení a telefonní kontakt na lékaře):

Jména lékařů a názvy zdravotnických zařízení, ve kterých byl pojištěný v souvislosti s pojistnou událostí léčen:

Máte-li k dispozici další podklady vztahující se k pojistné události, přiložte nám k tomuto oznámení originály nebo jejich ověřené kopie.

Čekací doba

Žádám o zohlednění uplynulé **interní** čekací doby z již ukončeného, typově shodného připojištění, které bylo s NN sjednáno na pojistné smlouvě číslo ⁴⁾

Žádám o zohlednění uplynulé **externí** čekací doby z již ukončeného, typově shodného připojištění, které bylo s jinou pojišťovnou sjednáno na pojistné smlouvě číslo ⁵⁾

⁴⁾ NN je oprávněna vzdát se svého práva na uplatnění čekací doby dle příslušných ZPP v případě, že připojištění, z něhož je pojistná událost uplatňována, v přímé časové návaznosti nahradilo typově shodné připojištění sjednané na stejnou pojistnou částku a pojistnou dobu.
⁵⁾ NN je oprávněna vzdát se svého práva na uplatnění čekací doby dle příslušných ZPP v případě, že připojištění, z něhož je pojistná událost uplatňována, ve stanovené časové návaznosti nahradilo typově shodné připojištění. NN musí být nejpozději při likvidaci pojistné události z připojištění invalidity a/nebo závažných onemocnění, která se odehrála v době trvání čekací doby vyplývající z Pojistné smlouvy, předložen originál či kopie pojistné smlouvy sjednané s jinou pojišťovnou a originál či kopie dokumentu ukončujícího tuto smlouvu.

Způsob výplaty

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

na bankovní účet, u kterého je vlastníkem nebo spoluvlastníkem kód banky

poštovní poukázkou na adresu trvalého bydliště

specifický symbol variabilní symbol konstantní symbol

Upozornění

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, občanský průkaz se zápisem 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

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 / zástupce pojištěného:
Souhlasím, aby si pojišťovna a jí určená zdravotnická zařízení vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu, příp. o zdravotním stavu pojištěného dítěte, a o průběhu léčení 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 jsme byli já nebo pojištěné dítě vedeni jako pojištění, 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 svých 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.

Prohlášení pojištěného:
 Mám sjednáno pojištění pro případ úrazu s výplatou formou denních dávek a/nebo trvalých následků úrazu a/nebo pracovní neschopnosti u jiné společnosti než u NN nebo mám podán návrh na jeho uzavření.
Pokud ano, uveďte prosím typ pojištění a u každého výši pojistné částky a název pojišťovny. Necháte-li nezaškrtnuté a pole níže prázdné, má se za to, že je Vaše odpověď záporná.

Elektronická komunikace

Prohlášení pojistníka: Pokud jsem uvedl/a svůj e-mail, kontaktní adresu nebo telefonní číslo (dále také „kontakty“), souhlasím s tím, aby se mnou společností skupiny NN, zejména pak NN Penzijní společnost a.s., NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku (pojišťovna), a společnost NN Finance, s.r.o., prostřednictvím těchto kontaktů komunikovaly. Dávám souhlas ke sdílení svých uvedených kontaktů všemi výše uvedenými společnostmi. V rámci elektronické komunikace budou společnosti skupiny NN používat vždy nejaktuálnější, tj. poslední udané kontaktní údaje. Pokud v budoucnu uzavřu smlouvu s některou ze společností skupiny NN nebo provedu změnu kontaktů ve stávajících smlouvách, nově uvedené kontakty budou považovány za žádost o změnu na všech mnou uzavřených smlouvách. Písemnosti doručené prostřednictvím elektronické komunikace mi nebudou zaslány v listinné podobě. I přes udělený souhlas elektronickou komunikací mi mohou společnosti skupiny NN zasílat vybrané písemnosti v listinné podobě.

Souhlasím s využitím kontaktů pro elektronické právní jednání týkající se všech uzavřených smluv se společnostmi skupiny NN. Souhlasím, že pomocí výše uvedených kontaktů mohu potvrzovat změny všech těchto mých smluv.

Autorizační číslo – mobilní telefon pojistníka

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	<input type="text"/> Datum podpisu		Jméno, příjmení, datum narození <input type="text"/>	<input type="text"/>
			Podpis oznamovatele pojistné události ⁶⁾ (který je zároveň příjemcem pojistného plnění)	Podpis zástupce NN

⁶⁾ Zástupce NN ověřil identifikační údaje a shodu podob výše uvedené identifikované osoby dle předloženého průkazu totožnosti. V případě osoby, která není plně svéprávná k právnímu jednání, ověřil zástupce NN oprávnění zastupující osoby. Pojišťovna je oprávněna požadovat úřední ověření totožnosti pojištěného a úřední ověření oprávnění zastupující osoby.

Souhlas se sdílením údajů o zdravotním stavu s pojišťovacím zprostředkovatelem	<input type="checkbox"/> Pojištěný tímto dává pojišťovně souhlas s tím, aby poskytla pojišťovacímu zprostředkovateli identifikovanému v oddílu Zástupce NN údaje o jeho zdravotním stavu, které pojišťovna bude mít k dispozici v souvislosti s hlášenou pojistnou událostí a které budou podkladem rozhodnutí o způsobu likvidace. Souhlas se vztahuje na zdravotní údaje sdílené pojišťovně pojištěným i jinými osobami (např. lékařem).	
	Účelem předání údajů o zdravotním stavu pojišťovacímu zprostředkovateli je zajištění komplexních služeb a řádné a odborné péče, která souvisí s upisováním, resp. se změnou pojistného rizika, a likvidací pojistných událostí.	
	Kompletní informace o zpracování osobních údajů klientů jsou uvedeny na webových stránkách pojišťovny na adrese: www.nn.cz/ochrana-osobnich-udaju/ .	
	Pojištěný je oprávněn tento souhlas kdykoliv písemně odvolat prostřednictvím výše uvedených kontaktních údajů pojišťovny. V takovém případě nebudou údaje o zdravotním stavu pojištěného dále pojišťovacímu zprostředkovateli předávány. Tento souhlas se vždy vztahuje pouze k dané škodní události. V případě další škodní události se pojištěný bude moci rozhodnout, zda tento souhlas pojišťovně znovu udělí.	
V případě pojištěné osoby, která není plně svéprávná, ověřil zástupce NN oprávnění zastupující osoby, která za ni jedná.		
<input type="text"/> Podpis pojištěného (není-li plně svéprávný, pak zastupující osoby)		

Potřebujete-li uvést podrobnější údaje k jednotlivým bodům, dopište je prosím zde.