

Oznámení pojistné události – pracovní neschopnost/hospitalizace/ošetřování dítěte

 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“).

Doporučení: Při zjištění pracovní neschopnosti vyplňte kompletně tento formulář a bez zbytečného odkladu zašlete se všemi uvedenými podklady na adresu pojišťovny: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5. Při pracovní neschopnosti dlouhodobějšího charakteru je nutno dodat potvrzení o trvání pracovní neschopnosti. Pro tento účel lze využít část Další trvání na druhé straně tohoto formuláře.

Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady na vyplnění a potvrzení formuláře nese osoba uplatňující nárok na pojistné plnění.

Doporučujeme zvážit možnost on-line oznámení na našich stránkách www.nn.cz/nahlaseni, kde stačí vyplnit on-line formulář a všechny doklady naskenovat nebo ofotit.

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⁾
	Rodné číslo ¹⁾		Datum narození		Místo narození (i stát není-li ČR)
	Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas		Číslo průkazu		Vydáný kým
	Trvalé bydliště ¹⁾ – ulice a číslo popisné			PSČ	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)
	Kontakty pro elektronickou komunikaci ²⁾ : Kontaktní telefon			E-mail	
	Zaměstnanec: Povolání (činnost, profese, pozice)			Odvětví/Obor	
	Název a adresa zaměstnavatele			Od kdy?	
	OSVČ: Druh podnikatelské činnosti				
	Jiné: <input type="checkbox"/> Nezaměstnaný od: <input type="checkbox"/> Žena v domácnosti od: <input type="checkbox"/> Student od: <input type="checkbox"/> Důchodce od: Jiné:				

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
	Rodné číslo		Datum narození		Místo narození (i stát není-li v ČR)
	Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas		Číslo průkazu		Vydáný kým
	Trvalé bydliště – ulice a číslo popisné			PSČ	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:	Pojistná událost by mohla vzniknout z: (máte-li daný typ sjednán)	Současně s tímto formulářem prosím doložte tyto dokumenty:
	<input type="checkbox"/> pracovní neschopnost	připojištění pracovní neschopnosti (všechny varianty)	1. Kopie lékařských zpráv z průběhu léčení v pracovní neschopnosti. 2. Jednou za měsíc aktuální lékařské zprávy z poslední kontroly.
	<input type="checkbox"/> hospitalizaci	připojištění hospitalizace	1. Kopii propouštěcí zprávy.
	<input type="checkbox"/> ošetřování dítěte	připojištění ošetřování dítěte, připojištění vybraných onemocnění dítěte	1. Kopie lékařských zpráv z průběhu léčení. 2. Jednou za měsíc potvrzení od lékaře o nutnosti dalšího ošetřování dítěte.
V případě vážného onemocnění nebo úrazu, který vede ke značnému omezení mobility či v budoucnu může způsobit invaliditu, využijte prosím formuláře „Oznámení pojistné události s vážným zdravotním následkem“, který je k dispozici také na našich stránkách www.nn.cz/nahlaseni			

Čekací doba	<input type="checkbox"/> Žádám o zohlednění uplynulé čekací doby z již ukončeného, typově shodného připojištění, které bylo s pojišťovnou sjednáno na pojistné smlouvě č. ⁴⁾ <input type="text"/>
-------------	--

⁴⁾ Pojišťovna 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.

Kdy ke vzniku nemoci nebo úrazu došlo Datum : Čas : Místo úrazu

Popis okolností, za kterých došlo ke vzniku nemoci či k úrazu:

Trpěl/a jste vy nebo dítě uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve? ANO NE

Pokud ano, uveďte bližší informace (kdy, diagnózu a popis onemocnění či úrazu):

Byl/a jste vy nebo dítě před škodou invalidní? ANO NE

Pokud ano, uveďte diagnózu a odkdy:

Následující otázky vyplňte pouze v případě Pracovní neschopnosti:

Znemožnily Vám uvedené zdravotní problémy výkon povolání v plném rozsahu? ANO NE Po celou dobu pracovní neschopnosti? ANO NE

Pokud ne, uveďte časové období po které jste nemohl/a vykonávat své povolání: od do

Pracoval/a jste po dobu léčení? ANO NE

Následující otázky vyplňte pouze v případě Ošetřování dítěte:

Bylo v případě ošetřování dítěte na počátku nemoci či úrazu vypláceno tzv. ošetřovné (OČR, tzv. paragraf) z veřejného zdravotního pojištění? ANO NE

Pokud ne, uveďte prosím důvody (např. jste OSVČ, ošetřoval někdo jiný – uveďte kdo apod.):

Znemožnil zdravotní stav dítěte návštěvu školy, školky či obdobného zařízení? ANO NE nenavštěvuje

Pokud ano, uveďte časové období od do

Kontakt na ZŠ/MŠ/SŠ navštěvovanou dítětem (adresa, telefon):

Vyplní lékař

Jméno a příjmení klienta Rodné číslo klienta

Neschopen práce od Diagnóza dle MKN10 Diagnóza slovy

Úraz/Nemoc: pracovní zavinění jinou osobou ostatní úrazy sebepoškození nemoc z povolání ostatní nemoci

Došlo k úrazu či nemoci v souvislosti s požitím alkoholu nebo jiných návykových látek: ANO NE

Podrobný popis léčby:

Vycházky ANO od do od do
 NE

Hospitalizace: ANO od do Místo hospitalizace
 NE

Byla hospitalizace plánována? ANO NE Hospitalizace z důvodu: úrazu nemoci

Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění / tento úraz? ANO NE

Pokud ano, uveďte kdy (datum), kde a jak byl pacient léčen:

Bylo vystaveno Rozhodnutí o dočasné prac. neschopnosti (viz formulář ČSSZ)? ANO č. dne
 NE

Ošetřování:
Popis nutného ošetřování, popř. zdůvodnění nutnosti ošetřování dospělou osobou:

Ošetřování dospělou osobou bylo/je nutné od do Očekávané datum ukončení ošetřování

Datum další kontroly Datum vystavení

Razítko a podpis lékaře

Potvrzení o dalším trvání pracovní neschopnosti (vyplní lékař)

Potvrzení lékaře o dalším trvání pracovní neschopnosti lze nahradit doložením lékařské zprávy z průběhu léčby.

Jméno a příjmení klienta Rodné číslo klienta

Pracovní neschopnost trvá ANO NE

Hospitalizace ANO od do
 NE

Event. změna diagnózy Diagnóza dle MKN10

Změna diagnózy od

Vycházky ANO od do
 NE

Datum stávající kontroly

Datum další kontroly

Razítko a podpis lékaře

Konečné potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti (vyplní lékař)

Schopen od Konečná diagnóza (ICD)

Datum vystavení

Razítko a podpis lékaře

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

-

specifický symbol variabilní symbol konstantní symbol

poštovní poukázkou na adresu trvalého bydliště

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 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 jsem byl/a já nebo pojištěné dítě léčen/a či ošetřen/a, a ostatní pojišťovny, u kterých jsem byl/a já 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 svých prohlášení týkajících se zdravotního stavu a dokumentace učiněných v pojistné smlouvě a ve zdravotním dotazníku.

Čestné prohlášení zákonného zástupce pojištěného jako 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 přijmu 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.

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 společností 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 zasílány v listinné podobě. I přes udělený souhlas s elektronickou komunikací mi mohou společností 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

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

 vázaný zástupce samostatného zprostředkov.
 samostatný zprostředkovatel

Mobil zástupce NN

E-mail zástupce NN

Adresa podnikání zástupce NN (dle registru ČNB)

Datum podpisu

Jméno, příjmení, datum narození

Podpis oznamovatele pojistné události⁵⁾ (který je zároveň příjemcem pojistného plnění)

Podpis zástupce NN

⁵⁾ 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.

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 sdělené 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, ověří zástupce NN oprávnění zastupující osoby, která za ni jedná.

Podpis pojištěného (není-li plně svéprávný, pak zastupující osoby)

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