

Oznámení pojistné události následkem úrazu

 Číslo pojistné smlouvy (smluv)

NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 - Smíchov, IČ: 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, 3013AL 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 se vyplní aktuální údaje o pojištěném. Je-li kterýkoliv z těchto údajů uveden v nové, aktualizované podobě, považuje se tato skutečnost za současnou žádost o změnu těchto údajů.					
	Titul	Příjmení ¹⁾	Jméno	Titul (za jménem)	Kód zd. p.	
	Rodné číslo	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)		
	Kontaktní telefon	E-mail ²⁾				
	Povolání (činnost, profese, pozice)	Odvětví/obor	Od kdy?			
	Název a adresa zaměstnavatele					

¹⁾ Označené změny je nutno doložit kopií nového průkazu totožnosti, popř. může být kopie průkazu nahrazena ověřením totožnosti oproti platnému průkazu totožnosti provedeným za osobní přítomnosti zástupcem NN.

²⁾ Vyplněním e-mailové adresy souhlasím, že bude pro jakoukoli komunikaci týkající se šetření pojistné události využíván tento kontakt. Současně souhlasím, že pro urychlení prošetření hlášené škody mohou být informace o mém zdravotním stavu odesílány na uvedenou e-mailovou adresu.

Jiný oznamovatel a příjemce plnění	Vyplňte v případě, že pojistnou událost oznamuje jiná osoba než pojištěný uvedený výše, která je zároveň příjemcem výplaty pojistného plnění.					
	Tato osoba je: <input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného <input type="checkbox"/> zplnomocněný zástupce pojištěného					
	Titul	Příjmení	Jméno	Titul (za jménem)		
	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)		
	Kontaktní telefon	E-mail ³⁾		Vztah k pojištěnému		

³⁾ Vyplněním e-mailové adresy souhlasím, že bude pro jakoukoli komunikaci týkající se šetření pojistné události využíván tento kontakt. Současně souhlasím, že pro urychlení prošetření hlášené škody mohou být informace o zdravotním stavu pojištěného (popř. zdravotním stavu pojištěného dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem) odesílány na uvedenou e-mailovou adresu.

Druh potenciální pojistné události	Hlášený úraz způsobil	Pojistná událost by mohla vzniknout z (máte-li daný typ sjednán)	Současně s tímto formulářem prosím doložte tyto dokumenty:
	<input type="checkbox"/> Nutnost léčení	připojištění doby nezbytného léčení/denního odškodného úrazu	1. Kopii lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře 2. V případě hospitalizace kopii propouštěcí zprávy
	<input type="checkbox"/> Trvalé následky	připojištění trvalých následků úrazu od 1 % nebo od 10 %	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"/> Hospitalizace	připojištění hospitalizace	1. Kopii propouštěcí zprávy
V případě vážného úrazu, který vede ke značnému omezení mobility či v budoucnu může způsobit invaliditu, využijte prosím formuláře „Oznámení pojistné události vážné nemoci nebo vážného úrazu“, který je k dispozici také na našich stránkách www.nn.cz.			

Kdy se úraz stal Datum Čas : Místo úrazu

Popis okolností, za kterých došlo k úrazu

Která část těla byla poraněna a jak byla poraněna (např. zlomenina, pohmoždění aj.)

Došlo k úrazu při zájmové činnosti nebo sportu? ANO NE
 Pokud ano, uveďte bližší informace (druh sportu, registrace v rámci sportovní organizace / účast na závodech, příp. odkdy jste registrovaným sportovcem, vč. názvu a adresy organizace)

Došlo k úrazu při výkonu povolání? ANO NE
 Pokud ano, uveďte pracoviště, na kterém došlo k úrazu, a činnost, kterou jste vykonával/a.

Došlo k úrazu při dopravní nehodě ANO NE Účastníkem nehody jako řidič chodec spolujezdec cyklista jiný:

Byly okolnosti úrazu šetřeny (policií, bezpečností práce apod.?) ANO NE
 (Pokud ano, doložte fotokopii protokolu, resp. usnesení, příp. pravomocný soudní rozsudek, záznam o prac. úrazu a uveďte adresu vyšetř. orgánu, číslo a značku jednac.)

Jméno lékaře a adresa zařízení, kde máte kompletní zdravotní dokumentaci ohledně hlášeného úrazu

Vyplní lékař

Jméno a příjmení klienta Rodné číslo klienta

Datum prvního ošetření Doba nezbytného léčení úrazu od do

Diagnóza dle MKN10 Diagnóza slovy

Hospitalizace od do Datum operace Den propustky

Popis úrazu/poranění

Byla poraněná část těla již před úrazem funkčně postižena? ANO NE Jak (popis)?

Je navržena navazující lázeňská léčebně rehabilitační péče? ANO NE Jaká (popis)?

Došlo ke komplikacím nebo jiným onemocněním, která ovlivnila délku léčení úrazu? ANO NE Jaké (popis)?

Došlo k úrazu v souvislosti s požitím alkoholu nebo jiných návykových látek? ANO NE Množství požitého alkoholu/promile

Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu? ANO NE

Zanechal nebo lze očekávat že zanechá úraz po ukončení léčení trvalé následky? ANO NE Jaké (popis)?

Uveďte podrobný popis trvalých následků (i předpokládaných), zda je rozsah trvalých následků ustálen a v jakém rozsahu je nebo bude omezena funkčnost končetiny nebo postiženého orgánu následkem tohoto úrazu.

Dominantní končetina? Pravá Levá

Prosíme přiložte k tomuto formuláři propouštěcí zprávu a lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře.

V dne

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

Pojišťovna v následujících případech vyžaduje, aby podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění byl úředně ověřen (notář / obecní úřad / CzechPOINT):

– při výplatě částky vyšší než 500 000 Kč na bankovní účet (s výjimkou účtu k NN Investment Partners C.R., a.s.).

Pojišťovna je povinnou osobou ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, a **při výplatě pojistného plnění v celkové hodnotě 25 000 Kč nebo více je povinna vykonat identifikaci a ověření identifikace osoby uplatňující nárok na pojistné plnění.** Ověření identifikace osoby uplatňující nárok na pojistné plnění vykoná poradce na tomto formuláři, anebo je k formuláři přiložena Veřejná listina o identifikaci fyzické osoby.

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

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 a zprošťují lékaře jejich slibu mlčenlivosti. 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 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.

Dne [] Jméno a příjmení oznamovatele []
Datum narození oznamovatele []
Podpis oznamovatele pojistné události (který je zároveň příjemcem pojistného plnění)

Jméno a příjmení zástupce NN	Název samostatného zprostředkovatele
IČO zástupce NN (dle reg. ČNB)	ID zástupce NN (osobní ID)
Mobil zástupce NN	ID samostatného zprostředkovatele
Adresa podnikání zástupce NN (dle registru ČNB)	<input type="checkbox"/> vázaný zástup. samostatného zprostřed. <input type="checkbox"/> samostatný zprostředkovatel
Zástupce NN ověřil identifikační údaje a shodu podob výše uvedené identifikované osoby dle předloženého průkazu totožnosti.	Podpis zástupce NN

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

Vyplněné oznámení včetně příloh zašlete na adresu pojišťovny: NN Životní pojišťovna N.V., Oddělení likvidací pojistných událostí, Nádražní 25/344, 150 00 Praha 5.