



Oznámení pojistné události – úmrtí

 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	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		Vydaný kým	
	Trvalé bydliště – ulice a číslo popisné		PSC		Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)	
				Státní příslušnost		
				Platný do		

Obmyšlená osoba	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		PSC		Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)			
		Kontakty pro elektronickou komunikaci ¹⁾ :		Kontaktní telefon		E-mail		
		Vztah k pojištěnému						

¹⁾ Vyplněním e-mailové adresy a kontaktního telefonu souhlasíte, že je můžeme využít pro jakoukoli komunikaci.

Příjemce výplaty	Příjemcem výplaty je: <input type="checkbox"/> obmyšlená osoba <input type="checkbox"/> zákonný zástupce obmyšlené osoby (vyplňte identifikaci níže) <input type="checkbox"/> jiná oprávněná osoba (vyplňte identifikaci níže)						
	Titul		Příjmení		Jméno		Příjemce výplaty 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 ²⁾ :		Kontaktní telefon		E-mail	
		Vztah k pojištěnému					

²⁾ Vyplněním e-mailové adresy a kontaktního telefonu souhlasíte, že je můžeme využít pro jakoukoli komunikaci.

Způsob výplaty	Příjemcem výplaty je obmyšlená osoba nebo osoba identifikovaná v sekci příjemce výplaty. Příjemce výplaty žádá pojistné plnění zaslat:					
	<input type="checkbox"/> na bankovní účet, u kterého je vlastníkem nebo spoluvlastníkem <input type="checkbox"/> kód banky					
	specifický symbol		variabilní symbol		konstantní symbol	
<input type="checkbox"/> poštovní poukázkou na adresu trvalého bydliště						

Druh pojistné události	Pojistná událost způsobila:		Pojistná událost by mohla vzniknout z:		Současně s tímto formulářem prosím doložte tyto dokumenty a informace:	
	<input type="checkbox"/> úmrtí následkem nemoci		pojištění či připojištění smrti		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). 3. V případě dopravní nehody, trestného činu nebo sebevraždy: policejní zprávu. 4. V případě nezletilé obmyšlené osoby: rodný list nebo jiný doklad prokazující identitu dítěte a rodičů, případně rozhodnutí soudu.	
<input type="checkbox"/> úmrtí následkem úrazu		pojištění či připojištění smrti, smrti následkem úrazu				

Datum úmrtí Příčina úmrtí / diagnóza č.

Popis okolností, za kterých došlo k úmrtí:

Jméno lékaře a adresa zařízení, kde je k dispozici kompletní zdravotní dokumentace ohledně hlášené pojistné události:

Jméno, adresa a kontaktní údaje notáře, který vyřizuje pozůstalost:

V případě úmrtí následkem úrazu

Došlo k úrazu při výkonu povolání? ANO NEPokud ano, uveďte pracoviště, na kterém došlo k úrazu, a činnost, kterou pojištěný vykonával: Došlo k úrazu při dopravní nehodě ANO NE Byl pojištěný účastníkem nehody jako řidič chodec spolujezdec cyklista jiné: Byly okolnosti úrazu šetřeny (policí, 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 jednací:

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 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 léčby 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.Prohlášení příjemce výplaty – daňový rezident ³⁾ 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.³⁾ 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.

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)

Jméno, příjmení, datum narození

Datum podpisu

Podpis oznamovatele pojistné události⁴⁾ (který je zároveň příjemcem pojistného plnění)

Podpis zástupce NN

⁴⁾ 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.