



HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – HOSPITALIZACE¹⁾

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 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 jako „pojišťitel“ nebo „NN Životní pojišťovna“).

ČÁST I. (vyplňuje pojištěný nebo jeho zákonný zástupce)

Vyplňte čitelně první stranu formuláře²⁾, přiložte kopii dokladu propouštěcí zprávy z hospitalizace a zašlete bez zbytečného prodlení na adresu: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5.

IDENTIFIKAČE	Číslo pojistné smlouvy (smluv)	
	Máte sjednáno pojištění hospitalizace u jiného pojišťovatele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, uveďte jména pojišťovatelů

POJIŠTĚNÝ (POŠKOZENÁ OSOBA)	Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem	
	Rodné číslo	Datum narození	Telefon	Kód zdrav. poj.	
	Trvalé bydliště - ulice (místo a číslo) stát (není-li v ČR)		PSČ	Místo (pošta)	
	Email (Vyplněním e-mailové adresy souhlasím, že bude pro jakoukoli komunikaci týkající se šetření pojistné události využíván tento kontakt. Současně souhlasím, že pro urychlení likvidace škody mohou být informace o zdravotním stavu pojištěného odesílány na uvedenou e-mailovou adresu, kterou jsem NN Životní pojišťovně poskytl/a pro účely oznámení škodné události.)				
	Místo narození i stát (není-li v ČR)	Stát daňové rezidence (není-li v ČR)		Státní příslušnost	
	Zaměstnání - vykonávaná činnost, prac. zařazení		Od	Do	
	Název a adresa zaměstnavatele				
	OSVČ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh podnikatelské činnosti			
	Nezaměstnaný <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Od	Žena v domácnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Důchodce <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Student <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Podrobný popis škody (uveďte příčiny vzniku hospitalizace – u úrazu, jak a při jaké aktivitě k úrazu došlo)			Kdy ke škodě došlo? datum, čas	

POJISTNÉ PLNĚNÍ	<input type="checkbox"/> Pojištěný <input type="checkbox"/> Zákonný zástupce			
	Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem
	Adresa		Rodné číslo	
	Pojistné plnění poukažte <input type="checkbox"/> na účet <input type="checkbox"/> na adresu složenkou	Předčíslí/Číslo účtu/Kód banky		
	Adresa			
	Trpěl(a) jste uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (uveďte kdy, diagnózu, popis onemocnění či úrazu)			

PROHLÁŠENÍ: Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře jejich slibu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven o této škodné události. 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.

V _____ Dne _____	Podpis poškozeného nebo zákonného zástupce ²⁾
-------------------	--

¹⁾ V případě nedostatku místa uveďte potřebné informace na zvláštní list papíru s označením čísla smlouvy, data škody a podpisem osoby, která jej vyplnila.
²⁾ Pojišťitel může požadovat úředně ověřený podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění.

ČÁST II. (vyplňuje odborný lékař /vystavuje ošetřující lékař v příslušné nemocnici)

Pro stanovení nároku na pojistné plnění z připojištění hospitalizace prosíme o vyplnění této části formuláře a kopii propouštěcí zprávy.

POPIS HOSPITALIZACE	Místo hospitalizace	Datum přijetí	Datum propuštění
	Diagnóza slovy	Diagnóza dle WHO	
	Podrobný popis léčby		
	Hospitalizace v důsledku nemoci <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Byla hospitalizace plánována? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Od kdy?	Hospitalizace v důsledku úrazu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

V _____ Dne _____	Podpis a razítko lékaře
-------------------	-------------------------

Honorář za vyplnění zdravotního formuláře ve výši _____ Kč
 byl zaplacen klientem
 převedte na účet číslo _____ kód banky _____ specifický symbol _____