



Číslo pojistné smlouvy

Oznámení pojistné události – Pracovní neschopnost

Pojistitel: NN Životní pojišťovna N.V., pobočka pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, Česká republika, 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 „pojišťovna“ nebo „NN Životní pojišťovna“)

Vyplní pojištěný – VŽDY PŘILOŽTE AKTUÁLNÍ LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY Z POSLEDNÍ KONTROLY

Část A – Pojištěný	Příjmení		Jméno		Rodné číslo	
	Telefon		E-mail ¹			
	Zaměstnanec <input type="checkbox"/>	Zaměstnán jako		Zaměstnavatel		
	OSVČ <input type="checkbox"/>	Druh podnikatelské činnosti				
	Adresa v době pracovní neschopnosti					

Způsob výplaty pojistného plnění

Způsob výplaty	<input type="checkbox"/> na bankovní účet, u kterého jsem vlastníkem nebo spoluvlastníkem <input type="text"/> kód banky	
	<input type="checkbox"/> poštovní poukázkou na mou adresu trvalého pobytu uvedenou výše	

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. ² <input type="text"/>
-------------	---

Datum a podpis	Dne <input type="text"/>	
		Podpis pojištěného

Vyplní lékař

Část B – lékař	Neschopen práce od <input type="text"/>		Diagnóza číslem (ICD) <input type="text"/>	Diagnóza slovy <input type="text"/>
	Úraz: <input type="checkbox"/> pracovní <input type="checkbox"/> zaviněný jinou osobou <input type="checkbox"/> nemoc z povolání <input type="checkbox"/> ostatní Podezření z vlivu alkoholu: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
	Vycházky <input type="checkbox"/> ano od <input type="text"/> do <input type="text"/> od <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ne			
	Hospitalizace <input type="checkbox"/> ano od <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ne			
	Léčil se pacient již dříve pro toto onemocnění/tento úraz?: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
	Bylo vystaveno Rozhodnutí o dočasné prac. neschopnosti (viz formulář ČSSZ)? <input type="checkbox"/> ano č. <input type="text"/> dne <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ne			
Datum další kontroly <input type="text"/>		Datum vystavení <input type="text"/>		
				Razítko a podpis lékaře

Potvrzení o dalším trvání pracovní neschopnosti (vyplní lékař)

Část C – Další trvání	Pracovní neschopnost trvá <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Datum stávající kontroly <input type="text"/>	
	Hospitalizace <input type="checkbox"/> ano od <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ne		Datum další kontroly <input type="text"/>	
	Event. změna diagnózy <input type="text"/> Diagnóza číslem (ICD) <input type="text"/>			
	Změna diagnózy od <input type="text"/>			
	Vycházky <input type="checkbox"/> ano od <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="checkbox"/> ne			
				Razítko a podpis lékaře

Konečné potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti (vyplní lékař)

Část D – Konečné potvrzení o ukončení	Schopen od <input type="text"/>		Konečná diagnóza (ICD) <input type="text"/>
	Datum vystavení <input type="text"/>		
			Razítko a podpis lékaře

Postup při vyplňování formuláře a jeho odesílání

Při zjištění pracovní neschopnosti musí být vyplněn tento formulář, který má čtyři části. Formulář s vyplněnou **částí A a B**, potvrzený ošetřujícím lékařem, zašle pojištěný **pojišťovně bez zbytečného odkladu po zahájení pracovní neschopnosti**.

Při pracovní neschopnosti dlouhodobějšího charakteru je nutno nechat si potvrdit ošetřujícím lékařem vždy v den kontroly její další trvání **v části C, poté eventuálně na nově vyplněném formuláři**. Při každé návštěvě lékaře je nutné tento formulář znovu vytisknout a vyplnit příslušné části. Každý vyplněný formulář musí být **průběžně a neprodleně** zasílán do pojišťovny. Upozorňujeme, že **datum stávající kontroly v části C je důležitým údajem pro poskytování pojistného plnění**.

Ukončení pracovní neschopnosti si pojištěný nechá potvrdit vždy v **části D** tohoto formuláře.

Dodržujte lékařem určené datum kontroly. Případné náklady na vystavení dokladu nese pojištěný.

VŽDY PŘILOŽTE AKTUÁLNÍ LÉKAŘSKÉ ZPRÁVY Z POSLEDNÍ KONTROLY

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 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 se provede jiným způsobem, pokud je takový způsob zvláštním předpisem umožněn.

¹ Vyplněním e-mailové adresy urychlíte vyřešení pojistné události.

² 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.