



1



CLNE

Oznámení pojistné události na pojištění For You

 Určeno pro
elektronické zpracování

 Číslo pojistné smlouvy

Pojistná smlouva uzavřená s NN Životní pojišťovnou N.V., pobočkou pro Českou republiku, se sídlem: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, IČ: 40763587, zapsanou v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 6305, jako organizační složkou 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“)

Pojistník / 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.				
	Příjmení ¹		Jméno ¹	Titul	Pohlaví <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
	Telefon				
	Rodné číslo	Místo narození (město a země)	Státní občanství	E-mail ²	
	Průkaz totožnosti <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Pas jiný:	Číslo průkazu	Vydaný kým	Platný do	
Místo trvalého pobytu (ulice a číslo popisné)		PSC	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)		
Povolání (činnost, profese, pozice)			Odvětví/Obor		

Oznámení pojistné události	Pojistná událost	Současně s tímto formulářem prosím doložte tyto dokumenty
	<input type="checkbox"/> Rakovina prsu nebo ženských pohlavních orgánů	<ol style="list-style-type: none"> Celkový výpis ze zdravotní dokumentace od praktického lékaře Kopie lékařských zpráv od odborného lékaře (propouštěcí zprávu z nemocnice nebo potvrzenou kopii zprávy odborného pracoviště, které stanovilo nebo potvrdilo diagnózu vždy s uvedením data, ke kterému byla diagnóza stanovena; dále fotokopii histologického nálezu s číslem preparátu)
	diagnóza <input type="text"/>	
	<input type="checkbox"/> Úmrtí	<ol style="list-style-type: none"> Ověřenou kopii úmrtního listu Ověřenou kopii listu o prohlídce mrtvého (část B2) nebo potvrzení úmrtní diagnózy od lékaře
	Datum úmrtí <input type="text"/>	
	Příčina úmrtí / diagnóza č. <input type="text"/>	
	Popis okolností, za kterých došlo k úmrtí <input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	

Vyšetřující orgán	Byla pojistná událost šetřena policií apod.? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ano, doložte kopii policejního protokolu, resp. usnesení, příp. pravomocný soudní rozsudek, záznam o nemoci z povolání apod.
	Název a adresa vyšetřujícího orgánu, číslo a značka jednací <input type="text"/>
	<input type="text"/>

Zdravotnická zařízení	Jméno praktického lékaře, název a adresa zdravotnického zařízení, telefon
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
Jména lékařů a názvy zdravotnických zařízení, ve kterých byl pojištěný v souvislosti s pojistnou událostí léčen nebo zemřel	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Máte-li k dispozici další podklady vztahující se k pojistné události, přiložte je nebo jejich ověřené kopie.

¹ Označené změny je nutno doložit kopií nového průkazu totožnosti, popř. u právnických osob originálem výpisu z obchodního rejstříku z data ne staršího 3 měsíců (přiložte k Oznámení).

² Vyplněním e-mailové adresy urychlíte vyřešení pojistné události.

Jiný oznamovatel pojistné události	Pojistnou událost oznamuje obmyšlený nebo 3. osoba (nevyplňuje se, pokud pojistnou událost oznamuje sám pojištěný nebo jeho zákonný či zplnomocněný zástupce)				
	Příjmení	Jméno	Titul	Pohlaví <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Telefon
	Rodné číslo	Místo narození (město a země)	Státní občanství	E-mail ³	
	Průkaz totožnosti <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Pas jiný:	Číslo průkazu	Vydaný kým	Platný do	
	Místo trvalého pobytu (ulice a číslo popisné)	PSC	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)		
	Kontaktní adresa (ulice a číslo popisné)	PSC	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)		
Vztah k pojištěnému (otec, matka, atd.)					

Jiný oznamovatel pojistné události	Pojistnou událost oznamuje zákonný nebo zplnomocněný zástupce pojištěného/obmyšleného (nevyplňuje se, pokud pojistnou událost oznamuje sám pojištěný)				
	Příjmení	Jméno	Titul	Pohlaví <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	Telefon
	Rodné číslo	Místo narození (město a země)	Státní občanství	E-mail ³	
	Průkaz totožnosti <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Pas jiný:	Číslo průkazu	Vydaný kým	Platný do	
	Místo trvalého pobytu (ulice a číslo popisné)	PSC	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)		
	Vztah k pojištěnému nebo obmyšlenému (otec, matka, atd.)	Adresa příslušného odboru péče o dítě			

Způsob výplaty	Způsob výplaty pojistného plnění (o výplatu pojistného plnění je oprávněn žádat pouze sám pojištěný / obmyšlený, popř. jeho zákonný nebo zplnomocněný zástupce, nikoliv 3. osoba)				
	<input type="checkbox"/> na bankovní účet	kód banky			
	specifický symbol	variabilní symbol	konstantní symbol		
	<input type="checkbox"/> poštovní poukázkou na adresu ⁴	Ulice a číslo popisné	PSC	Obec	

Pojišťovna v následujících případech vyžaduje, aby podpis žadatele o pojistné plnění byl úředně ověřen (notář / obecní úřad / CzechPOINT):

- při výplatě částky vyšší než 25 000 Kč na jiný bankovní účet, než ze kterého je hrazeno pojistné⁴ (s výjimkou účtu k NN Investment Partners žadatele o pojistné plnění),
- při výplatě částky vyšší než 500 000 Kč na libovolný bankovní účet (s výjimkou účtu k NN Investment Partners žadatele o pojistné plnění),
- při výplatě částky vyšší než 25 000 Kč poštovní poukázkou adresovanou jiné osobě než žadateli o pojistné plnění.

Oznamovatel pojistné události níže uvedeným podpisem potvrzuje, že všechny údaje vyplnil pravdivě a úplně, a že si je vědom práva pojišťovny odmítnout pojistné plnění v případě poskytnutí nepravdivých či neúplných údajů. Současně souhlasí, aby si pojišťovna v případě potřeby vyžádala další doklady k došetření pojistné události včetně přezkoumání zdravotního stavu pojištěného.

PLNÁ MOC

Já níže podepsaný pojištěný, jednající přímo nebo prostřednictvím svého zástupce, zplnomocňuji tímto všechny lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, u kterých jsem evidován, nebo u kterých jsem byl nebo budu léčen, k poskytnutí informací o mém zdravotním stavu, nebo informací souvisejících s léčením v případě, že o ně pojišťovna požádá. Zplnomocňuji orgány sociálního zabezpečení, bezpečnosti práce a policie k poskytnutí údajů týkajících se mé osoby pojištěného, v případě, že o ně pojišťovna zažádá v souvislosti se shora specifikovanou pojistnou smlouvou.

Datum a podpis	Dne		
	Podpis oznamovatele pojistné události		

Poradce	Příjmení a jméno osoby oprávněné jednat za pojišťovnu		Kontaktní telefon
	E-mail poradce	Registrační číslo poradce u ČNB	
	Název makléřské společnosti poradce	Číslo poradce/IDMA	
	Poradce ověřil identifikační údaje a shodu podob identifikovaných osob dle předložených průkazů totožnosti.		

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

Vyplněné oznámení včetně příloh zašlete na adresu pojišťovny, odd. likvidací pojistných událostí, Nádražní 25/344, 150 00 Praha 5.

Obmyšleným se v případě pojistných smluv uzavřených před 1. 1. 2005 rozumí oprávněná osoba určená dle § 817 zákona č. 40/1964 Sb.

³ Vyplněním e-mailové adresy urychlíte vyřešení pojistné události.

⁴ Za jakých podmínek je určitý účet považován za bankovní účet, ze kterého je hrazeno pojistné, je blíže specifikováno na internetových stránkách pojišťovny www.nnpojistovna.cz.