



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

specifický symbol variabilní symbol konstantní symbol

Upozornění 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.

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 | | IČO poradce |
| | 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.

Níže uvedené informace byly poskytnuty v souladu s nařízením Evropského Parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (v textu rovněž jako „GDPR“). Toto Poučení je určeno pro následující subjekty údajů: zákonný zástupce pojištěného, zplnomocněný zástupce pojištěného, obmyšlená osoba, zákonný zástupce obmyšlené osoby, zplnomocněný zástupce obmyšlené osoby apod. (dále jen jako „subjekt údajů“).

Totožnost správce: 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 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 jako „správce“).

Kontaktní údaje správce: poštovní adresa: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, e-mail: klient@nn.cz, telefon klientské linky: 800 127 127.

Kontaktní údaje pověřence pro ochranu osobních údajů: dpo@nn.cz

Zdroj osobních údajů: Zpracovávané osobní údaje subjektu údajů byly správci poskytnuty subjektem údajů v souvislosti s pojistnou smlouvou, a to za účelem jejího plnění, likvidace pojistné události, nebo za jiným účelem souvisejícím s pojistnou smlouvou. Správce dále zpracovává údaje dostupné z veřejně přístupných zdrojů (viz např. obchodní nebo insolvenční rejstřík), či získané na základě zvláštního právního předpisu od třetích stran (viz například ustanovení § 129b zákona o pojištnictví).

Účely zpracování osobních údajů:

1) Zpracování osobních údajů je nezbytné k výkonu pojišťovací činnosti správce - zpracování na podkladě čl. 6 odst. 1 písm. f) GDPR

Informace o oprávněných zájmech správce: Poskytnutí osobních údajů je nezbytné k výkonu pojišťovací činnosti ze strany správce v rámci smluvního vztahu založeném na základě pojistné smlouvy – bez nich by správce nebyl schopen spravovat pojistnou smlouvu, likvidovat pojistné události a/nebo vyplácet pojistná plnění.

Doba uložení osobních údajů: Správce uloží osobní údaje do doby uplynutí dvanácti let po skončení smluvního vztahu, založeného pojistnou smlouvou.

2) Splnění právní povinnosti, která se na správce vztahuje – zpracování na podkladě čl. 6 odst. 1 písm. c) GDPR

Osobní údaje je správce povinen zpracovávat mimo jiné i pro účely plnění právních povinností, které stanoví zákon č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, v účinném znění, tedy zejména pro účely předcházení legalizace výnosů z trestné činnosti a financování terorismu a vytváření podmínek pro odhalování takového jednání, k provedení identifikace a kontroly subjektu údajů ve smyslu uvedeného zákona.

Doba uložení osobních údajů: Správce uloží osobní údaje do doby uplynutí dvanácti let po skončení smluvního vztahu, založeného pojistnou smlouvou.

Kategorie příjemců zpracovávaných osobních údajů: Správce, členové obchodní skupiny NN Group N. V., osoby zprostředkovávající a vykonávající pro členy obchodní skupiny NN Group N. V. obchody a služby. Správce nemá v úmyslu předat osobní údaje do třetí země mimo Evropskou unii. Správce má právo pověřit zpracováváním osobních údajů zpracovatele, který se správcem uzavřel zpracovatelskou smlouvou a poskytuje dostatečné záruky ochrany Vašich osobních údajů.

Vaše práva související se zpracováním osobních údajů: Subjekt údajů má právo vznést kdykoli námitku proti zpracování osobních údajů; právo získat od správce potvrzení, zda osobní údaje jsou či nejsou správcem zpracovávány; právo na to, aby správce omezil zpracování osobních údajů, pokud je dán některý ze zákonných důvodů; právo, aby správce bez zbytečného odkladu vymazal osobní údaje, které se týkají subjektu údajů, pokud je dán některý ze zákonných důvodů; právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, se sídlem Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7, Česká republika.