



## Oznámení pojistné události následkem úrazu

 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“).

 Určeno pro  
elektronické zpracování

|          |  |  |                               |  |                  |
|----------|--|--|-------------------------------|--|------------------|
| Pojštěný | 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 <sup>1</sup>  |  | Jméno <sup>1</sup>            |  | Titul            |
|          | Rodné číslo  |  | Místo narození (město a země) |  | Státní občanství |
|          | Průkaz totožnosti<br><input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Pas jiný:  |  | Číslo průkazu                 |  | Vydaný kým       |
|          | 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                  |  |                  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| Druh pojistné události  | <b>Pojistná událost</b>   | <b>Současně s tímto formulářem prosím doložte tyto dokumenty</b>   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Úraz / doba léčení úrazu</b>  | 1. Ověřenou kopii lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře<br>2. V případě hospitalizace kopii propouštěcí zprávy   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Trvalé následky úrazu</b><br>(Trvalé následky lze určit z lékařského hlediska nejdříve rok po ukončení léčení úrazu nebo rok po operačním zákroku.)   | 1. Ověřenou kopii lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře<br>2. V případě hospitalizace kopii propouštěcí zprávy<br>3. Lékařskou zprávu s aktuálním popisem trvalých následků (v případě omezení hybnosti – uvést rozsah hybnosti ve stupních, v případě jizvy – typ a rozměr) |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Pracovní neschopnost v důsledku úrazu</b>   | 1. Vyplněný formulář „Oznámení pojistné události – pracovní neschopnost“<br>2. Kopie lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře   |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Invalidita následkem úrazu (a případně zproštění od placení)</b>  | 1. Ověřenou kopii rozhodnutí ČSSZ o přiznání invalidního důchodu nebo odborný posudek o zdravotním stavu, nemá-li pojištěný nárok na invalidní důchod<br>2. Ověřenou kopii posudku o invaliditě  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Nesoběstačnost následkem úrazu</b>  | 1. Kopie lékařských zpráv od odborného lékaře  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Smrt následkem úrazu</b>  | 1. Ověřenou kopii úmrtního listu<br>2. 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"/>  |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Závislost dítěte na péči jiné osoby následkem úrazu</b> | 1. Kopie lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře<br>2. Ověřenou kopii posudku o stupni závislosti na péči jiné fyzické osoby<br>3. Ověřenou kopii rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči |  |

|                        |   |
|------------------------|---|
| Okolnosti vzniku úrazu | <b>Kdy se úraz stal</b> Datum <input type="text"/> Čas <input type="text"/>   |
|                        | <b>Popis okolností, za kterých došlo k úrazu</b>  |
|                        | <b>Došlo k úrazu při zájmové činnosti nebo sportu?</b><br>V případě, že ano, uveďte bližší informace (registrace v klubech, účast na závodech, apod.) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>   |
|                        | <b>Došlo k úrazu při výkonu povolání?</b><br>V případě, že ano, uveďte pracoviště, na kterém došlo k úrazu a činnost, kterou jste vykonával/a. <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="text"/>  |
|                        | <b>Došlo k úrazu při dopravní nehodě</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE <b>Účastník nehody</b> <input type="checkbox"/> jako řidič <input type="checkbox"/> jako chodec <input type="checkbox"/> jako spolujezdec <input type="checkbox"/> jako cyklista  |
|                        | <b>Byly okolnosti úrazu šetřeny (policí, bezpečností práce apod.?)</b> <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE<br>(Pokud ano, doložte fotokopii protokolu, resp. usnesení příp. pravomocný soudní rozsudek, záznam o prac.úrazu a uveďte adresu vyšetř. orgánu, číslo a značku jednací.)<br><input type="text"/> |

|  |                      |                      |
|--|----------------------|----------------------|
| Datum prvního ošetření   | od                   | do                   |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Doba nezbytného léčení úrazu   |                      |                      |
| <input type="text"/>   |                      |                      |
| Číslo diagnózy úrazu a slovní popis  |                      |                      |
| <input type="text"/>   |                      |                      |
| Hospitalizace  |                      |                      |
| od   | do                   | Datum operace        |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dny propustky  |                      |                      |
| <input type="text"/>   |                      |                      |
| Byla poraněná část těla již před úrazem funkčně postižena? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE            |                      |                      |
| Je navrženo další rehabilitační nebo lázeňské léčení? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE                 |                      |                      |
| Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |                      |                      |
| Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškození nebo pokus o sebevraždu? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE    |                      |                      |
| Zanechal úraz po ukončení léčení trvalé následky? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE                     |                      |                      |
| Jaké (popis)?  |                      | <input type="text"/> |
| Množství požitého alkoholu / promile   |                      | <input type="text"/> |
| Jaké?  |                      | <input type="text"/> |
| Druh rozsahu   |                      | <input type="text"/> |
| <input type="text"/>   |                      |                      |

Prosíme doložte propouštěcí zprávu a lékařské zprávy o průběhu a způsobu léčení od ošetřujícího odborného lékaře.

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| V                    | dne                  |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Razítko a podpis lékaře

|   |                               |                 |   |       |
|---|-------------------------------|-----------------|---|-------|
| <b>Pojistnou událost oznamuje obmyšlený nebo 3. osoba (zákonný zástupce, zplnomocněný zástupce apod.)</b> |                               |                 |   |       |
| Příjmení  |                               | Jméno           |   | Titul |
| Pohlaví<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž  | Telefon domů                  | Mobilní telefon | E-mail <sup>2</sup>                     |       |
| Rodné číslo   | Místo narození (město a země) |                 | Státní občanství                        |       |
| Průkaz totožnosti<br><input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Pas jiný:                       | Číslo průkazu                 | Vydaný kým      | Platný do                               |       |
| Místo trvalého pobytu (ulice a číslo popisné)   | PSC                           | Obec            | Vztah k pojištěnému (otec, matka, atd.) |       |
| Adresa příslušného odboru péče o dítě   |                               |                 |   |       |

Ste daňovým rezidentem jiného státu než ČR (tj. máte povinnost přiznávat daně jinde než v ČR)?  Ano  Ne.

Ste držitelem zelené karty nebo je váš investiční poradce či zástupce americká osoba?  Ano  Ne.

Pokud není označena žádná nabízená varianta odpovědi, má se za to, že odpověď pojistníka je **záporná**. Pokud je označena odpověď ANO, vyplňte Daňovou identifikaci.

Daňová identifikace<sup>3</sup> – uveďte zemi daňové rezidence  + daňové identifikační číslo

**Pro další obmyšlenou osobu použijte formulář „Příloha k oznámení pojistné události (další obmyšlený)“<sup>4</sup>. V případě nezletilosti obmyšlené osoby nebo pojištěného použijte formulář „Doplnění identifikace“ s uvedením kompletních údajů zákonného zástupce.**

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

**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 pojistné<sup>5</sup> (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.

V odůvodněných případech je pojišťovna oprávněna požadovat rovněž identifikaci ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb.

<sup>2</sup> Vyplněním e-mailové adresy urychlíte vyřešení pojistné události.

<sup>3</sup> Daňovým rezidentstvím se rozumí daňová příslušnost k určitému státu z důvodu bydliště, stálého pobytu, sídla nebo místa vedení v daném státě. Pojišťovna je povinná 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.

<sup>4</sup> Nejsou-li vyplněny údaje k adrese, má se za to, že pojistné plnění má být zasláno na adresu trvalého pobytu žadatele o pojistné plnění uvedenou výše.

<sup>5</sup> 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.

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 požádá v souvislosti se shora specifikovanou pojistnou smlouvou.

|                      |   |                      |                                 |
|----------------------|---|----------------------|---------------------------------|
| Datum a podpis       | Dne <input type="text"/>  | <input type="text"/> |                                 |
|                      | 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. |                      |                                 |
| <input type="text"/> |   |                      |                                 |
| Podpis poradce       |   |                      |                                 |

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.

## Poučení o ochraně osobních údajů – NN Životní pojišťovna N. V.

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 pojišťovnictví).

**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.