

Oznámení pojistné události – pracovní neschopnost

 Číslo pojistné smlouvy (smluv)

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 (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 pojišťovna nebo NN)

Doporučení: Při zjištění pracovní neschopnosti vyplňte kompletně tento formulář a bez zbytečného odkladu zašlete se všemi uvedenými podklady na adresu pojišťovny: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5. Při pracovní neschopnosti dlouhodobějšího charakteru je nutno dodat potvrzení o trvání pracovní neschopnosti. Pro tento účel lze využít část Další trvání na druhé straně tohoto formuláře.

Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady na vyplnění a potvrzení formuláře nese osoba uplatňující nárok na pojistné plnění.

Doporučujeme zvážit možnost on-line oznámení na našich stránkách www.nn.cz/nahlaseni, kde stačí vyplnit on-line formulář a všechny doklady naskenovat nebo ofotit.

| | | | | | |
|-----------|--|---|-------------------------------------|--|--|
| Pojistěný | 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. | | | | |
| | Titul | | Příjmení ¹⁾ | | Jméno |
| | Titul (za jménem) | | Kód zd. p. | | |
| | Rodné číslo | | Datum narození | | Místo narození (i stát není-li ČR) |
| | Státní příslušnost ¹⁾ | | | | |
| | Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas | | Číslo průkazu | | Vydáný kým |
| | Platný do | | | | |
| | Trvalé bydliště ¹⁾ – ulice a číslo popisné | | | PSČ | Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR) |
| | Kontaktní telefon | | E-mail ²⁾ | | |
| | Zaměstnanec: | | Povolání (činnost, profese, pozice) | | Odvětví/Obor |
| | | Název a adresa zaměstnavatele | | Od kdy? | |
| OSVČ: | | Druh podnikatelské činnosti | | | |
| Jiné: | | <input type="checkbox"/> Nezaměstnaný od: | | <input type="checkbox"/> Žena v domácnosti od: | |
| | | <input type="checkbox"/> Student od: | | <input type="checkbox"/> Důchodce od: | |

¹⁾ Označené změny je nutno doložit kopií nového průkazu totožnosti, popř. může být kopie průkazu nahrazena ověřením totožnosti oproti platnému průkazu totožnosti provedeným za osobní přítomnosti zástupcem NN.

²⁾ Vyplněním e-mailové adresy souhlasím, že bude pro jakoukoli komunikaci týkající se šetření pojistné události využíván tento kontakt. Současně souhlasím, že pro urychlení prošetření hlášené škody mohou být informace o mém zdravotním stavu odesílány na uvedenou e-mailovou adresu.

| | | | | | |
|---|--|----------------------|--------------------|--|--------------------------------------|
| Jiný oznamovatel a příjemce plnění | Vyplňte v případě, že pojistnou událost oznamuje jiná osoba než pojištěný uvedený výše, která je zároveň příjemcem výplaty pojistného plnění. | | | | |
| | Tato osoba je: <input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného <input type="checkbox"/> zplnomocněný zástupce pojištěného | | | | |
| | Titul | | Příjmení | | Jméno |
| | Titul (za jménem) | | Státní příslušnost | | |
| | Rodné číslo | | Datum narození | | Místo narození (i stát není-li v ČR) |
| | Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> pas | | Číslo průkazu | | Vydáný kým |
| | Platný do | | | | |
| Trvalé bydliště – ulice a číslo popisné | | | PSČ | Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR) | |
| Kontaktní telefon | | E-mail ³⁾ | | Vztah k pojištěnému | |

³⁾ Vyplněním e-mailové adresy souhlasím, že bude pro jakoukoli komunikaci týkající se šetření pojistné události využíván tento kontakt. Současně souhlasím, že pro urychlení prošetření hlášené škody mohou být informace o zdravotním stavu pojištěného (popř. zdravotním stavu pojištěného dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem) odesílány na uvedenou e-mailovou adresu.

| | | | |
|---|--|--|---|
| Druh potenciální pojistné události | Pojistná událost způsobila | Pojistná událost by mohla vzniknout z (máte-li daný typ sjednán) | Současně s tímto formulářem prosím doložte tyto dokumenty: |
| | <input type="checkbox"/> Pracovní neschopnost | připojištění pracovní neschopnosti (všechny varianty) | 1. Kopie lékařských zpráv z průběhu léčení v pracovní neschopnosti 2. Jednou za měsíc aktuální lékařské zprávy z poslední kontroly |
| | <input type="checkbox"/> Hospitalizace | připojištění hospitalizace | 1. Kopii propouštěcí zprávy |
| | <input type="checkbox"/> Ošetřování dítěte | připojištění ošetřování dítěte, připojištění vybraných onemocnění dítěte | 1. Kopie lékařských zpráv z průběhu léčení 2. Jednou za měsíc potvrzení od lékaře o nutnosti dalšího ošetřování dítěte |
| V případě vážného úrazu, který vede ke značnému omezení mobility či v budoucnu může způsobit invaliditu, využijte prosím formuláře „Oznámení pojistné události vážné nemoci nebo vážného úrazu“, který je k dispozici také na našich stránkách www.nn.cz. | | | |

Kdy ke vzniku nemoci nebo úrazu došlo Datum : Čas : Místo úrazu

Popis okolností, za kterých došlo ke vzniku nemoci či k úrazu

Trpěl/a jste vy nebo dítě uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve ANO NE

Pokud ano, uveďte bližší informace (kdy, diagnózu a popis onemocnění či úrazu)

Byl/a jste vy nebo dítě před škodou invalidní ANO NE

Pokud ano, uveďte diagnózu a odkdy.

Následující otázky vyplňte pouze v případě Pracovní neschopnosti:

Zmnožily Vám uvedené zdravotní problémy výkon povolání v plném rozsahu? ANO NEPo celou dobu pracovní neschopnosti? ANO NEPokud ne, uveďte časové období po které jste nemohl/a vykonávat své povolání. od do Pracoval/a jste po dobu léčení? ANO NE

Následující otázky vyplňte pouze v případě Ošetřování dítěte:

Bylo v případě ošetřování dítěte na počátku nemoci či úrazu vypláceno tzv. ošetřovné (OČR, tzv. paragraf) z veřejného zdravotního pojištění? ANO NE

Pokud ne, uveďte prosím důvody (např. jste OSVČ, ošetřoval někdo jiný – uveďte kdo apod.):

Znemožnil zdravotní stav dítěte návštěvu školy, školky či obdobného zařízení? ANO NE nenavštěvujePokud ano, uveďte časové období od do

Kontakt na ZŽ/MŠ/SŠ navštěvovanou dítětem (adresa, telefon)

Vyplní lékař

Jméno a příjmení klienta Rodné číslo klienta Neschopen práce od Diagnóza dle MKN10 Diagnóza slovy Úraz/Nemoc: pracovní zaviněný jinou osobou ostatní úrazy sebepoškození nemoc z povolání ostatní nemociDošlo k úrazu či nemoci v souvislosti s požitím alkoholu nebo jiných návykových látek: ANO NE

Podrobný popis léčby

Vycházky

 ANOod do od do NE

Hospitalizace:

 ANOod do Místo hospitalizace NEByla hospitalizace plánována? ANO NEHospitalizace z důvodu: úrazu nemociLéčil se pacient již dříve pro toto onemocnění / tento úraz? ANO NE

Pokud ano, uveďte kdy (datum), kde a jak byl pacient léčen

Bylo vystaveno Rozhodnutí o dočasné prac. neschopnosti (viz formulář ČSSZ)? ANO č. dne NE

Ošetřování:

Popis nutného ošetřování, popř. zdůvodnění nutnosti ošetřování dospělou osobou

Ošetřování dospělou osobou bylo/je nutné od do Očekávané datum ukončení ošetřování Datum další kontroly Datum vystavení

Razítko a podpis lékaře

Potvrzení o dalším trvání pracovní neschopnosti (vyplní lékař)

Jméno a příjmení klienta Rodné číslo klienta

Pracovní neschopnost trvá

 ANO NE

Hospitalizace

 ANOod do NE

Event. změna diagnózy

Diagnóza dle MKN10 Změna diagnózy od

Vycházky

 ANOod do NE

Datum stávající kontroly

Datum další kontroly

Razítko a podpis lékaře

Konečné potvrzení o ukončení pracovní neschopnosti (vyplní lékař)

Schopen od

Konečná diagnóza (ICD)

Datum vystavení

Razítko a podpis lékaře

Způsob výplaty

Příjemcem výplaty je pojištěný nebo osoba identifikovaná v sekci Jiný oznamovatel. Příjemce výplaty žádá pojistné plnění zaslat:

na bankovní účet, u kterého je vlastníkem nebo spoluvlastníkem kód banky

poštovní poukázkou na adresu trvalého bydliště

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 v celkové hodnotě 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 je k formuláři přiložena Veřejná listina o identifikaci fyzické osoby.
V případě pojistného plnění v celkové hodnotě 25 000 Kč a více zákonnému zástupci dítěte pojišťovna vyžaduje doložení dokladu, který ho opravňuje k zastupování (rodný list dítěte, občanský průkaz se zápisem dítěte, či rozhodnutí soudu).

Prohlášení

Prohlášení pojištěného / zástupce pojištěného:
 Souhlasím, aby si pojišťovna a jí určená zdravotnická zařízení vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu příp. o zdravotním stavu pojištěného dítěte, a o průběhu léčení pro potřeby šetření škodní události a zprošťují lékaře jejich slibu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven o této škodní události. Zplnomocňuji všechny lékaře a zdravotnická zařízení, u kterých jsem byl/a já nebo pojištěné dítě léčen/a či ošetřen/a, a ostatní pojišťovny, u kterých jsem byl/a já nebo pojištěné dítě veden/a jako pojištěný, k poskytování úplných informací o zdravotním stavu v případě, že o ně pojišťovna požádá. 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. Jsem si vědom/a svých prohlášení týkajících se zdravotního stavu a dokumentace učiněných v pojistné smlouvě a ve zdravotním dotazníku.

Čestné prohlášení zákonného zástupce pojištěného jako příjemce pojistného plnění:
 Čestně prohlašuji, že finanční prostředky vyplacené jako pojistné plnění nezletilému dítěti použiji výhradně ve prospěch nezletilého, nikoli pro svůj vlastní prospěch. Dále čestně prohlašuji, že seznámím druhého zákonného zástupce nezletilého se skutečností, že za nezletilého příjmu pojistné plnění.

Prohlášení příjemce pojistného plnění – politicky exponovaná osoba:
 Prohlašuji, že jsem politicky exponovanou osobou ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu.

Datum a podpis

Dne Jméno a příjmení oznamovatele

Datum narození oznamovatele

Podpis oznamovatele pojistné události (který je zároveň příjemcem pojistného plnění)

Zástupce NN

| | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------------|---|
| Jméno a příjmení zástupce NN | | Název samostatného zprostředkovatele | |
| IČO zástupce NN (dle reg. ČNB) | ID zástupce NN (osobní ID) | ID samostatného zprostředkovatele | <input type="checkbox"/> vázaný zástup. samostatného zprostřed. <input type="checkbox"/> samostatný zprostředkovatel |
| Mobil zástupce NN | E-mail zástupce NN | <input type="text"/> | |
| Adresa podnikání zástupce NN (dle registru ČNB) | | | |
| Zástupce NN ověřil identifikační údaje a shodu podob výše uvedené identifikované osoby dle předloženého průkazu totožnosti. | | | Podpis zástupce NN |

Potřebujete-li uvést podrobnější údaje k jednotlivým bodům, použijte prosím zvláštní list.
 Vyplněné oznámení včetně příloh zašlete na adresu pojišťovny: NN Životní pojišťovna N.V., Oddělení likvidací pojistných událostí, Nádražní 25/344, 150 00 Praha 5.