

Hlášení škodní události ¹⁾

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“).

Číslo pojistné smlouvy (smluv)	
Máte sjednáno úrazové pojištění u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, uveďte jména pojistitelů:

Identifikace pojištěného	Titul	Příjmení	Jméno	Titul (za jménem)	Kód zdr. poj.	
	Rodné číslo	Datum narození	Místo narození (i stát není-li ČR)	Státní příslušnost		
	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)		
	Korespondenční adresa v ČR (nevyplňujte, pokud je shodná s adresou trvalého bydliště)					
	Kontaktní telefon		E-mail ²⁾			

²⁾ Vyplněním e-mailové adresy souhlasím, že bude pro jakoukoli komunikaci týkající se šetření pojistné události využíván tento kontakt. Současně souhlasím, že pro urychlení likvidace škody mohou být informace o zdravotním stavu pojištěného odesílány na uvedenou e-mailovou adresu, kterou jsem NN poskytl/a pro účely oznámení škodní události.

Zákonný zástupce pojištěného dítěte	Titul	Příjmení	Jméno	Titul (za jménem)	
	Rodné číslo	Datum narození	Místo narození (i stát není-li ČR)	Státní příslušnost	
	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)	
	Korespondenční adresa v ČR (nevyplňujte, pokud je shodná s adresou trvalého bydliště)				
	Kontaktní telefon		E-mail ²⁾		

²⁾ Vyplněním e-mailové adresy souhlasím, že bude pro jakoukoli komunikaci týkající se šetření pojistné události využíván tento kontakt. Současně souhlasím, že pro urychlení likvidace škody mohou být informace o zdravotním stavu pojištěného odesílány na uvedenou e-mailovou adresu, kterou jsem NN poskytl/a pro účely oznámení škodní události.

Prohlášení: 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 zprošťuji 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 nebo 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.

Škodní událost	1.	Datum škodní události – den, hodina, místo:
	2.	Typ škodní události – uveďte, z jakého pojištění uplatňujete nárok (např. invalidita, závažná onemocnění apod.):
	3.	Příčina a okolnosti škodní události (podrobný popis škody – u úrazu uveďte, jak a při jaké činnosti k úrazu došlo):
	4.	Byla událost šetřena (orgány policie apod.)? Pokud ano, uveďte název a adresu vyšetřujícího orgánu, adresu lékařského zařízení, které poskytlo prvotní ošetření (kontaktní údaje – jméno lékaře, adresa, telefon, e-mail):
	5.	Adresa praktického lékaře, který má k dispozici Vaši kartu (kontaktní údaje – jméno lékaře, adresa, telefon, e-mail) a/nebo lékaře, který Vás léčil v souvislosti s uplatněnou škodní událostí:

Příjemce výplaty	Příjemcem výplaty je: <input type="checkbox"/> pojištěný <input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného ³⁾ <input type="checkbox"/> jiná oprávněná osoba (vyplňte níže identifikaci osoby)									
	Titul		Příjmení		Jméno		Titul (za jménem)			
	Rodné číslo			Datum narození		Místo narození (i stát není-li ČR)			Státní příslušnost	
	Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Pas		Číslo průkazu			Vydaný kým			Platný do	
	Trvalé bydliště – Ulice a číslo popisné					PSČ		Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)		
	Korespondenční adresa v ČR (nevyplňujte, pokud je shodná s adresou trvalého bydliště)									
Kontaktní telefon			E-mail			Vztah k pojištěnému				

³⁾ V případě, že nárok na pojistné plnění uplatňuje zákonný zástupce pojištěného dítěte, je nutné žádost doplnit o rodný list dítěte. Pokud již byl v minulosti rodný list pojištěného dítěte dodán pojišťovně, berte tuto informaci za bezpředmětnou.

Pojistné plnění	<input type="checkbox"/> na bankovní účet, u kterého jsem vlastníkem nebo spoluvlastníkem		kód banky			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
	specifický symbol		variabilní symbol		konstantní symbol	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> poštovní poukázkou na mou adresu trvalého bydliště uvedenou výše						
<input type="checkbox"/> novou smlouvu sjednanou u společnosti NN číslo <input type="text"/> jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu číslo						

Prohlášení	Prohlášení pojištěného, příp. zákonného zástupce – politicky exponovaná osoba:	
	<input type="checkbox"/> 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.	
	Prohlášení pojištěného, příp. zákonného zástupce – daňový rezident⁴⁾	
	<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že jsem daňovým rezidentem jiného státu než ČR (tj. máte povinnost přiznávat daně jinde než v ČR).	
<input type="checkbox"/> Prohlašuji, že jsem držitelem zelené karty, příp. můj investiční poradce či zástupce je americkou osobou.		
V případě kladné odpovědi prosím vyplňte zemi daňové rezidence a daňové identifikační číslo přidělené státem daňového rezidentství.		
Země daňové rezidence <input type="text"/> Daňové identifikační číslo <input type="text"/>		
Upozornění: Pokud máte trvalé bydliště mimo ČR a současně jste plátcem daně z příjmů pouze v ČR (tzn. políčko zůstane nezaškrtnuté), je nutné doložit potvrzení o přechodném pobytu v ČR, případně daňový domicil.		

⁴⁾ Daňovým rezidentstvím se rozumí daňová příslušnost k určitému státu z důvodu bydliště, stálého pobytu, sídla nebo místa vedení v daném státě. Pojišťovna je povinna shromažďovat a správcé 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.

Datum a podpis	V <input type="text"/>		Jméno a příjmení pojištěného, příp. zákonného zástupce <input type="text"/>	
	Dne <input type="text"/>		Datum narození pojištěného, příp. zákonného zástupce <input type="text"/>	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Úředně ověřený podpis pojištěného (poškozeného) nebo zákonného zástupce ⁵⁾		Podpis příjemce výplaty (pokud není zároveň oznamovatelem)	

⁵⁾ Pojišťovna v některých případech vyžaduje (např. pokud o pojistné plnění nežádá pojištěná osoba nebo pojištěná osoba není zároveň pojistníkem), aby u žadatele o pojistné plnění byla provedena identifikace osoby (notář / obecní úřad / CzechPOINT / poradce) nebo byl předložen doklad totožnosti.

Zástupce NN	Jméno a příjmení poradce		Název samostatného zprostředkovatele	
	IČO zástupce NN (dle registru ČNB)		ID zástupce NN (osobní ID)	
	ID samostatného zprostředkovatele		<input type="checkbox"/> vázaný zástupce samostatného zprostředkovatele <input type="checkbox"/> samostatný zprostředkovatel	
	Mobil zástupce NN		E-mail zástupce NN	
	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				