

Hlášení škodní události – úraz

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“).

Vypíšte čitelně obě strany formuláře ¹⁾ včetně zprávy ošetřujícího lékaře.

Číslo pojistné smlouvy (smluv)	
Uplatňuji nárok z připojištění <input type="checkbox"/> denní odškodné <input type="checkbox"/> trvalé následky <input type="checkbox"/> rozšířené následky	
Máte sjednáno úrazové pojištění u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, uveďte jména pojistitelů:

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	Vydaný kým	Platný do	
Trvalé bydliště – Ulice a číslo popisné		PSČ	Obec, země (zemi vyplňte v případě, že je jiná než ČR)	
Země daňové rezidence		Daňové identifikační číslo		
Korespondenční adresa v ČR (nevyplňujte, pokud je shodná s adresou trvalého bydliště)				
Kontaktní telefon	E-mail ²⁾			
Povolání	Odvětví / obor		Od kdy?	
Název a adresa zaměstnavatele				

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.

V případě, že nárok na pojistné plnění uplatňuje zákonný zástupce pojištěného dítěte, který není zároveň pojistníkem uvedené pojistné smlouvy, je nutné žádost doplnit o příslušné oprávnění za tuto osobu jednat (např. rodný list, příp. kopii rozhodnutí soudu vymezující rozsah práv a povinností k zastoupenému). Pokud již bylo v minulosti oprávnění zákonného zástupce pojišťovně dodáno, berte tuto informaci za bezpředmětnou.				
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)	
Země daňové rezidence		Daňové identifikační číslo		
Korespondenční adresa v ČR (nevyplňujte, pokud je shodná s adresou trvalého bydliště)				
Kontaktní telefon	E-mail ³⁾			

³⁾ 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.

Datum úrazu	Čas úrazu	Místo úrazu		
Jak a při jaké aktivitě k úrazu došlo? (podrobný popis)				
Která část těla byla poraněna?		Jak byla poraněna?		
Byla tato část poraněna už dříve? Pokud ano – jak? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Jedná se o pracovní úraz? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Došlo k úrazu při sportu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh sportu	Jste registrován v rámci sportovní organizace? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Datum registrace	
Název a adresa organizace, kde jste registrován				
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Byla událost šetřena policií? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Adresa			
Jména a adresy svědků události (popř. i telefonů)				
Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření			Datum	Čas
Jméno lékaře a adresa zařízení, kde jste se dále léčil				
Jméno lékaře a adresa zařízení, kde máte kompletní zdravotní dokumentaci				

¹⁾ V případě nedostatku místa uveďte potřebné informace na zvláštní list papíru s označením čísla smlouvy, data škody a podpisem osoby, která jej vyplnila.

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 léčeni 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 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.

Příjemce výplaty	Příjemcem výplaty je: <input type="checkbox"/> pojištěný <input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného <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		PSC	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	

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
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> poštovní poukázkou na mou adresu trvalého bydliště uvedenou výše	konstantní symbol	<input type="text"/>

Datum a podpis	V	Jméno a příjmení pojištěného, příp. zákonného zástupce
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Dne	Datum narození pojištěného, příp. zákonného zástupce
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Podpis pojištěného nebo zákonného zástupce ⁴⁾		Podpis příjemce výplaty ⁴⁾ (pokud není zároveň oznamovatelem)

⁴⁾ Pokud o pojistné plnění převyšující částku 25 000 Kč nežádá pojištěná osoba, která je zároveň pojistníkem na výše uvedené pojistné smlouvě, požaduje pojišťovna aby u žadatele o pojistné plnění byla provedena identifikace osoby. Veřejnou listinu o identifikaci fyzické osoby lze nahradit ověřením od zástupce NN.

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

Zpráva ošetřujícího lékaře – údaje o úrazu (vyplní odborný ošetřující lékař)

Pojištěný	Titul	Příjmení	Jméno	Titul (za jménem)
	Číslo pojistné smlouvy (smluv)		Rodné číslo	Datum narození

Zpráva ošetřujícího lékaře – údaje o úrazu (vyplní odborný ošetřující lékař)	Odpovídá tělesné poškození okolnostem, jež pojištěný uvedl na straně č. 1? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		První ošetření datum: _____		hodina: _____
	Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření				
	Popis poranění				
	Diagnóza – kód MKN, popis				
	Průběh a způsob léčení – podrobně (Přiložte kopie lékařských zpráv o celém průběhu léčení)				
	Druh fixace	od _____ do _____	RTG a jiné zobrazovací metody	datum _____	popis _____
	Rehabilitace	od _____ do _____	Místo rehabilitace	Způsob a frekvence rehabilitace	
	Nezbytná délka léčení	od _____ do _____ (včetně)	Pracovní neschopnost	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	do _____
	Hospitalizace ¹⁾	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Místo hospitalizace		
	Došlo ke komplikacím nebo jiným onemocněním, která ovlivnila délku léčení úrazu?				
	Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek?		Druh omamné látky	% alkoholu v krvi	
	Byl porušen léčebný režim? Pokud ano, uveďte jak				
	Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?		Způsob předchozího postižení		
Zanechal úraz trvalé následky?		Je rozsah trv. následků ustálen?			
Podrobný popis trvalých následků (i předpokládaných)					
V jakém rozsahu je úrazem omezena funkčnost končetiny nebo postiženého orgánu?					
				Dominantní končetina <input type="checkbox"/> pravá <input type="checkbox"/> levá	

¹⁾ V případě hospitalizace přiložte kopii Propouštěcí zprávy, v případě operace přiložte kopii Operačního protokolu.

Identifikace lékaře	Jméno	Příjmení	Odbornost
	Adresa zdravotnického zařízení		

Datum a podpis	V _____	Podpis a razítka lékaře
	Dne _____	

Honorář za vyplnění zdravotního formuláře ve výši _____ Kč
<input type="checkbox"/> byl zaplacen klientem
<input type="checkbox"/> na bankovní účet, u kterého jsem vlastníkem nebo spoluvlastníkem
_____ - _____
kód banky _____
specifický symbol _____