

Hlášení škodní události – pracovní neschopnost

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“).

Pro hladký průběh šetření Vámi hlášené události si Vás dovolujeme požádat o následující součinnost:

- 1) Vyplňte prosím čitelně část I tohoto formuláře ¹⁾ a o vyplnění části II na druhé straně formuláře požádejte ošetřujícího lékaře.
- 2) Formulář s vyplněnými částmi I a II zašlete na adresu: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5 – Smíchov, jakmile bude zřejmé, že pracovní neschopnost bude trvat nejméně 29 dní.
- 3) Uchovávejte všechny lékařské zprávy, výsledky vyšetření či zprávy z rehabilitací, které se týkají hlášené události.
- 4) Bezprostředně po ukončení pracovní neschopnosti nechte vyplnit ještě poslední část III a zároveň přiložte veškerou lékařskou dokumentaci zmíněnou v předchozím bodě a vše zašlete na výše uvedenou adresu. V případě, že žádáte o zálohové pojištění plnění, doložte veškeré dostupné lékařské zprávy současně se žádostí o zálohu pojištění plnění.

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

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

Část I (vyplňuje pojištěný)

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

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	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	Do	
	Název a adresa zaměstnavatele					
	OSVČ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh podnikatelské činnosti				
	<input type="checkbox"/> Nezaměstnaný od:	<input type="checkbox"/> Žena v domácnosti od:	<input type="checkbox"/> Student od:	<input type="checkbox"/> Důchodce od:		
	Podrobný popis škody (uveďte okolnosti vzniku nemoci či úrazu, u úrazu také, jak a při jaké aktivitě k úrazu došlo):				Kdy ke vzniku nemoci či úrazu došlo? Uveďte datum, příp. čas.:	
Trpěl/a jste uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve? Uveďte kdy, diagnózu, popis onemocnění či úrazu. <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			Byl/a jste před škodou invalidní? Uveďte diagnózu, odkdy: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Znemožnily Vám uvedené zdrav. problémy výkon povolání v plném rozsahu? Po celou dobu prac. neschopnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			Pracoval/a jsem po dobu léčení <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			
Od	Do	Od	Do			

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 Životní pojišťovně poskytl/a pro účely oznámení škodní události.

Prohlášení: Souhlasím, aby si pojišťovna a jí určená zdravotnická zařízení vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu 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 léčen/a či ošetřen/a, a ostatní pojišťovny, u kterých jsem byl/a 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.

Příjemcem výplaty je: <input type="checkbox"/> pojištěný <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		

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

Pojistné plnění

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

_____ - _____

specifický symbol variabilní symbol konstantní symbol

poštovní poukázkou na mou adresu trvalého bydliště uvedenou výše

Datum a podpis

V _____ Jméno a příjmení pojištěného

Dne _____ Datum narození pojištěného

_____ Podpis pojištěného (poškozeného) ³⁾

_____ Podpis příjemce výplaty ³⁾
(pokud není zároveň pojištěným)

³⁾ 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)	ID samostatného zprostředkovatele	<input type="checkbox"/> vázaný zástupce samostatného zprostředkovatele <input type="checkbox"/> samostatný zprostředkovatel
Mobil zástupce NN	E-mail zástupce NN	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> Podpis 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.			

Část II (vyplňuje ošetřující lékař na počátku pracovní neschopnosti)

Popis pracovní neschopnosti

Důvod pracovní neschopnosti
 pracovní úraz úraz zaviněný jinou osobou úrazy ostatní sebepoškození ostatní nemoci

Podezření z vlivu alkoholu či jiných omamných látek? Kód diagnózy dle MKN10 Diagnóza slovy
 ano ne

Neschopen práce od: _____ Číslo dokladu Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti

Podrobný popis léčby

Léčil se již pacient pro toto onemocnění (popř. úraz) dříve? Pokud ano, uveďte kdy (datum), kde a jak?
 ano ne

Datum a podpis

V _____

Dne _____

Podpis a razítko lékaře

Část III (vyplňuje ošetřující lékař při ukončení pracovní neschopnosti)

Popis pracovní neschopnosti

Datum ukončení prac. neschop. _____ Práce schopen od _____ Byl porušen léčebný režim?
 ano ne

Konečná diagnóza

Datum a podpis

V _____

Dne _____

Podpis a razítko lékaře