

## Hlášení škodní události – hospitalizace

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“).

Vyplňte čitelně první stranu formuláře <sup>1)</sup>, přiložte kopii dokladu propouštěcí zprávy z hospitalizace a zašlete bez zbytečného prodloužení na adresu: **Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5.**

### Část I (vyplňuje pojištěný nebo jeho zákonný zástupce)

Číslo pojistné smlouvy (smluv)	
Máte sjednáno pojištění hospitalizace 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	Vydáný 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 <sup>2)</sup>			
	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 příčiny vzniku hospitalizace – u úrazu, jak a při jaké aktivitě k úrazu došlo)				Kdy ke škodě došlo? datum, 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, od kdy?) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne			

<sup>2)</sup> 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 mém zdravotním stavu odesílány na uvedenou e-mailovou adresu, kterou jsem NN poskytl/a pro účely oznámení škodné události.

Zákonný zástupce pojištěného dítěte	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	Vydáný 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 <sup>3)</sup>			

<sup>3)</sup> 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 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 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.

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

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	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	Vztah pojištěnému		

Pojistné plnění	<input type="checkbox"/> na bankovní účet, u kterého jsem vlastníkem nebo spoluvlastníkem	kód banky
	<input type="checkbox"/> <b>poštovní poukázkou</b> na mou adresu trvalého bydliště uvedenou výše	
	specifický symbol	variabilní symbol
	konstantní symbol	

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

<sup>4)</sup> 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
	Zástupce NN ověřil identifikační údaje a shodu podob výše uvedené identifikované osoby dle předloženého průkazu totožnosti.	<input type="checkbox"/> vázaný zástupce samostatného zprostředkovatele <input type="checkbox"/> samostatný zprostředkovatel
	Podpis zástupce NN	

## ČÁST II (vyplňuje odborný lékař / vystavuje ošetřující lékař v příslušné nemocnici)

Pro stanovení nároku na pojistné plnění z připojištění hospitalizace prosíme o vyplnění této části formuláře a kopii propouštěcí zprávy.

Popis hospitalizace	Místo hospitalizace	Datum přijetí	Datum propuštění
	Diagnóza dle MKN10	Diagnóza slovy	
	Podrobný popis léčby		
	Hospitalizace v důsledku nemoci <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Byla hospitalizace plánována? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Od kdy?	Hospitalizace v důsledku úrazu <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

Datum a podpis	V	
	Dne	
		Podpis a razítko lékaře

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