

Hlášení škodní události – ošetřování dítěte

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 dovoluujeme 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) Vyplněné první dvě strany zašlete na adresu: Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5.
Pokud hlásíte vznik některé z vyjmenovaných nemocí s pevně stanoveným počtem dní, je tímto Vaše hlášení dokončeno.
Pokud hlásíte jiný důvod, pro který je nutné dlouhodobé ošetřování dítěte, zašlete první dvě strany formuláře hned, jak bude zřejmé, že ošetřování bude trvat nejméně 29 dní. Dále pak postupujte podle následujících bodů.
- 3) V případě dlouhodobého ošetřování dítěte uchovávejte všechny lékařské zprávy, výsledky vyšetření či zprávy z rehabilitací, které se týkají hlášené události.
- 4) Bezprostředně po ukončení ošetřování dítěte nechte vyplnit ještě poslední část III, 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. Stačí vyplnit on-line formulář a všechny doklady naskenovat nebo ofoťit.

Část I (vyplňuje pojištěný / zákonný zástupce pojištěného)

Číslo pojistné smlouvy (smluv)	
Má dítě sjednáno pojištění pro případ ošetřování dítěte u jiného pojistitele?	Pokud ano, uveďte jména pojistitelů:
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	

Pojištěné dítě	Příjmení	Jméno	Kód zdr. poj.
	Rodné číslo	Datum narození	Místo narození (i stát není-li ČR)
	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)		

Zákonný zástupce pojištěného dítěte	V případě, že nárok na pojištění 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, berete 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 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.

Popis škodní události	Podrobný popis škody (uveďte okolnosti vzniku nemoci či úrazu – u úrazu také, jak a při jaké aktivitě k úrazu došlo)	Kdy ke vzniku nemoci nebo úrazu došlo? Uveďte datum, příp. čas:
	Trpělo dítě uvedenými nebo podobnými zdravotními problémy již dříve? (uveďte kdy, diagnózu, popis onemocnění či úrazu)	
	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	Bylo na počátku nemoci či úrazu vypláceno tzv. ošetřovné (OČR, tzv. paragraf) z veřejného zdravotního pojištění? Pokud ne, uveďte prosím důvody (např. jste OSVČ, ošetřoval někdo jiný – kdo apod.):	
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Znemožnil zdravotní stav dítěte návštěvu školy či školky či obdobného zařízení?	Kontakt na ZŠ/MŠ/SŠ navštěvovanou dítětem (adresa, telefon):	
<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nenavštěvuje		
Od:	Do:	

Prohlášení: Souhlasím, aby si pojišťovna a jí určená zdravotnická zařízení vyžádala veškerou dokumentaci o zdravotním stavu pojištěného dítěte a o průběhu léčby pro potřeby šetření škodní události a zprošťují lékaře jejich smlouvy 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 je nebo bylo pojištěné dítě léčeno či ošetřeno, a ostatní pojišťovny, u kterých bylo vedeno 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. Sem si vědom/a svých prohlášení týkajících se zdravotního stavu a dokumentace učiněných v pojistné smlouvě a ve zdravotním dotazníku.

¹⁾ 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"/> 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		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
	specifický symbol	variabilní symbol
<input type="checkbox"/> poštovní poukázkou na mou adresu trvalého bydliště uvedenou výše		

Datum a podpis	V	Jméno a příjmení zákonného zástuce
	Dne	Datum narození zákonného zástuce
		Podpis zákonného zástupce pojištěného dítěte ³⁾
		Podpis příjemce výplaty ³⁾ (pokud není zároveň oznamovatelem)

³⁾ Pokud o pojistné plnění převyšující částku 25 000 Kč nežádá pojistník jako zákonný zástupce pojištěného dítěte 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	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 léčení a ošetřování)

Popis ošetřování	Okolnosti vzniku nemoci nebo úrazu	
	Kód diagnózy dle MKN10	Diagnóza slovy
	Ošetřování dospělou osobou bylo/je nutné od data	Očekávané datum ukončení ošetřování
	Podrobný popis léčby	Popis nutného ošetřování, popř. zdůvodnění nutnosti ošetřování dospělou osobou:
	Léčil se již pacient pro toto onemocnění (popř. úraz) dříve? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, uveďte kdy (datum), kde a jak?

Datum a podpis	V	Podpis a razítko lékaře
	Dne	



Hlášení škodní události – ošetřování dítěte

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“).

Část III (vyplňuje ošetřující lékař při ukončení ošetřování dítěte)

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

Ukončení ošetřování	Datum ukončení ošetřování	Konečná diagnóza

Datum a podpis	V	
	Dne	
		Podpis a razítko lékaře