



HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI¹⁾

NN Blue

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 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 jako „pojistitel“ nebo „NN Životní pojišťovna“).

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

| | | | | |
|-----------------------------|--|-----------------------|-------------------------|---------------------|
| POJIŠTĚNÝ (POŠKOZENÁ OSOBA) | <input type="checkbox"/> Pojištěný dospělý <input type="checkbox"/> Pojištěné dítě | Titul před jménem | Jméno | Příjmení |
| | Rodné číslo | Datum narození | Číslo zdrav. pojišťovny | Státní příslušnost |
| | Místo narození i stát (není-li v ČR) | Stát daňové rezidence | | Občanství |
| | Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> jiný: | Číslo průkazu | Kdo průkaz vydal | Platnost průkazu do |
| | Trvalé bydliště – ulice (místo a číslo) | PSC | Místo (pošta) | |
| | Stát (není-li v ČR) | Kontaktní telefon | E-mail | |

| | | | | |
|---------------------------------|--|--------------------|------------------|---------------------|
| ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE POJIŠT. DÍTĚTE | Titul před jménem | Jméno | Příjmení | Titul za jménem |
| | Rodné číslo | Datum narození | Rodné příjmení | |
| | Místo narození (i stát, není-li v ČR) | Státní příslušnost | | |
| | Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> jiný: | Číslo průkazu | Kdo průkaz vydal | Platnost průkazu do |
| | Trvalá adresa – ulice (místo a číslo) | PSC | Místo (pošta) | |
| | Korespondenční (doručovací) adresa (pokud se liší od trvalé) | Kontaktní telefon | | |
| | Vztah vůči pojištěné osobě | | | |

| | | |
|----------------|----|---|
| 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, email): |
| | 5. | Adresa praktického lékaře, který má k dispozici Vaši kartu (kontaktní údaje – jméno lékaře, adresa, telefon, email) a/nebo lékaře, který Vás léčil v souvislosti s uplatněnou škodní událostí: |

Prohlášení: Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu, příp. o zdravotním stavu pojištěného dítěte, jehož jsem zákonným zástupcem) a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře jejich slibu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven o této škodné události. 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.

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

HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI

| | | | | | |
|---------------------------------|---|------------|---|--------------------|---------------------|
| PŘÍJEMCE VÝPLATY | Příjemcem výplaty je: <input type="checkbox"/> pojistník <input type="checkbox"/> pojištěný <input type="checkbox"/> zákonný zástupce pojištěného ²⁾ <input type="checkbox"/> jiná oprávněná osoba (vyplňte níže identifikaci osoby) | | | | |
| | Titul před jménem | | Jméno | Příjmení | Titul za jménem |
| | Rodné číslo | | Datum narození | Rodné příjmení | |
| | Místo narození (i stát, není-li v ČR) | | | Státní příslušnost | |
| | Typ průkazu <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> jiný: | | Číslo průkazu | Kdo průkaz vydal | Platnost průkazu do |
| | Trvalá adresa – ulice (místo a číslo) | | PSČ | Místo (pošta) | |
| | Korespondenční (doručovací) adresa (pokud se liší od trvalé) | | | | Kontaktní telefon |
| | Vztah vůči pojištěné osobě | | | | |
| | Pojistné plnění poukažte na: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> novou smlouvu sjednanou u společnosti NN | | Žádám o převod finančních prostředků jako mimořádné pojistné na pojistnou smlouvu číslo | | |
| <input type="checkbox"/> účet | Předčíslí | Číslo účtu | Kód banky | Variabilní symbol | |
| | | | | Specifický symbol | |
| <input type="checkbox"/> adresu | Použít trvalou adresu příjemce výplaty <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne (pokud ne, uveďte jinou adresu) | | | | |
| Ulice a číslo | Místo (pošta) | | PSČ | | |

Prohlášení – politicky exponovaná osoba: Pojištěná osoba, příp. zákonný zástupce pojištěného, a příjemce výplaty svým podpisem na žádosti potvrzují a čestně prohlašují, že nejsou politicky exponovanými osobami ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, § 4 odst. 5. Pojištěná osoba se rovněž zavazuje, že pokud se v průběhu trvání smluvního vztahu s pojistitelem touto osobou stane, oznámí tuto skutečnost bez zbytečného odkladu pojistiteli. Pokud jste politicky exponovanou osobou, zaškrtněte pole „Nesouhlasím“

Nesouhlasím – jako pojištěná osoba, příp. zákonný zástupce pojištěného

Nesouhlasím – jako příjemce výplaty

Prohlášení – daňový rezident: Pojištěná osoba, příp. zákonný zástupce pojištěného, a příjemce výplaty svým podpisem na žádosti čestně prohlašují, že jsou daňovými rezidenty ČR. Dále prohlašují, že nejsou občany USA a ani jejich místo narození není v USA. Pokud kterákoliv ze skutečností v tomto prohlášení není pravdivá, zaškrtněte pole „Nesouhlasím“ a doplňte daňové identifikační číslo přidělené státem daňového rezidentství.

Nesouhlasím – jako pojištěná osoba, příp. zákonný zástupce pojištěného

Nesouhlasím – jako příjemce výplaty

Daňové identifikační číslo:

Daňové identifikační číslo:

vazba na USA

vazba na USA

Upozornění: Pokud má pojištěná osoba, příp. zákonný zástupce, nebo příjemce výplaty trvalé bydliště mimo ČR a současně je plátcem daně z příjmů pouze v ČR (tzn. políčko „Nesouhlasím“ zůstane nezaškrtnuté), je nutné doložit potvrzení o přechodném pobytu v ČR, případně daňový domicil.

Oznamovatel pojistné události níže uvedeným podpisem potvrzuje, že všechny údaje vyplnil pravdivě a úplně, a že si je vědom práva pojišťovny odmítnout pojistné plnění v případě poskytnutí nepravdivých či neúplných údajů. Současně souhlasí, aby si pojišťovna v případě potřeby vyžádala další doklady k došetření pojistné události včetně přezkoumání zdravotního stavu pojištěného.

V _____

Dne _____

Úředně ověřený podpis poškozeného
nebo zákonného zástupce³⁾

Podpis příjemce výplaty
(pokud není zároveň oznamovatelem)

²⁾ 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 pojistiteli, berte tuto informaci za bezpředmětnou.

³⁾ Pojišťovna v některých případech vyžaduje (např. pokud o pojistné plnění nežadá pojištěná osoba nebo pojištěná osoba není zároveň pojistníkem), aby u žadatele o pojistné plnění byla identifikace osoby – ověření totožnosti (notář / obecní úřad / CzechPOINT / poradce) nebo předložení dokladu totožnosti.

| | | | |
|---------|---|---------------------------------|-------------------|
| PORADCE | Příjmení a jméno osoby oprávněné jednat za pojišťovnu | | Kontaktní telefon |
| | E-mail poradce | Registrační číslo poradce u ČNB | |
| | Název makléřské společnosti poradce | Číslo poradce/IDMA | |
| | Poradce ověřil identifikační údaje a shodu podob identifikovaných osob dle předložených průkazů totožnosti. | | |