



HLÁŠENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI – OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE OD 29. DNE¹⁾

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 „pojišťovna“ nebo „NN Životní pojišťovna“).

Vyplňte čitelně celou první stranu tohoto formuláře (část II. nechte vyplnit ošetřujícím lékařem) a zašlete na adresu: **Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5, nejpozději do 29. dne trvání ošetřování dítěte. V případě dlouhodobého ošetřování si nechte svým ošetřujícím lékařem pravidelně po každém měsíci potvrdit trvání zdravotního stavu vyžadujícího ošetřování (2. strana tohoto formuláře - část III.) a zasílejte ji vždy neprodeně na výše uvedenou adresu. Část IV. formuláře zašlete bezprostředně po ukončení ošetřování dítěte. Náklady na vyplnění formuláře a jeho potvrzení nese osoba uplatňující nárok na pojistné plnění.**

ČÁST I. (vyplňuje pojištěný)

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

POJIŠTĚNÉ DÍTĚ	Příjmení		Jméno	
	Rodné číslo	Datum narození	Telefon	Kód zdr. poj.
	Trvalé bydliště – ulice (místo a číslo) stát (není-li v ČR)		PSC	Místo (pošta)
	Kontaktní email (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 škodné události.)			
Místo narození (i stát, není-li v ČR)			Státní příslušnost	

POPIS ŠKODNÉ 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. ošetřované (OČR, tzv. paragraf) z veřejného zdravotního pojištění? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne Pokud ne, uveďte prosím důvody (např. jste OSVČ, ošetřoval někdo jiný – kdo apod.):	
	Znemožnil zdravotní stav dítěte návštěvu školy či školky či obdobného zařízení? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> nenavštěvuje	Kontakt na ZŠ/MŠ/SŠ navštěvovanou dítětem (adresa, telefon):	
Od _____ Do _____			

POJIŠTNÉ PLNĚNÍ	Osoba uplatňující nárok na pojistné plnění		Upozornění: musí jít o zákonného zástupce pojištěného dítěte	
	Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem
	Rodné číslo	Adresa		
	Pojistné plnění poukažte <input type="checkbox"/> na účet <input type="checkbox"/> na výše uvedenou adresu poštovní poukázkou	Předčíslí/Číslo účtu/Kód banky		

PROHLÁŠENÍ: Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu (resp. zdravotního 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 neuplných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit.

V _____ Dne _____ Podpis pojištěného, resp. jeho zákonného zástupce²⁾

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

²⁾ Pojistitel může požadovat úředně ověřený podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění.

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?

V _____ Dne _____ Podpis a razítko lékaře


HLÁŠENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI – OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE OD 29. DNE¹⁾
NN Blue
ČÁST III. (vyplňuje ošetřující lékař při trvání zdravotního stavu vyžadujícího ošetřování dítěte – tuto část zasílejte po každém měsíci trvání ošetřování)

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

POPIS TRVÁNÍ OŠETŘOVÁNÍ	Datum ošetření či kontroly	Datum příští kontroly
	Lékařský nálezn (změna dg., způsob rehabilitace atd.)	
	Popis léčby a nutného ošetřování	
Existují onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení? (např. cukrovka, epilepsie apod.)		

V _____	Podpis a razítko lékaře
Dne _____	

ČÁST IV. (vyplňuje ošetřující lékař při ukončení ošetřování dítěte)

UKONČENÍ OŠETŘOVÁNÍ	Datum ukončení ošetřování	Konečná diagnóza

V _____	Podpis a razítko lékaře
Dne _____	