



# HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – PRACOVNÍ NESCHOPNOST<sup>1)</sup>

**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 „pojišťovna“ nebo „NN Životní pojišťovna“).

Vyplňte čitelně celou první stranu formuláře<sup>1)</sup>, přiložte kopii dokladu „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ a zašlete na adresu: **Nádražní 344/25, 150 00 Praha 5, nejpozději do 29. dne trvání pracovní neschopnosti.** V případě dlouhodobé pracovní neschopnosti si nechte svým ošetřujícím lékařem pravidelně po každém měsíci potvrdit trvání pracovní neschopnosti (2. strana tohoto formuláře – část III.) a zasílejte neprodleně na výše uvedenou adresu. Část IV. formuláře zašlete bezprostředně po ukončení pracovní neschopnosti. Pokud máte sjednáno připojištění pracovní neschopnosti na pojistnou částku převyšující 500 Kč, doporučujeme přiložit zároveň doklad o výši příjmů (rozsah je uveden v pojistných podmínkách). Náklady na vyplnění formuláře nese pojištěný.

## ČÁST I. (vyplňuje pojištěný)

IDENTIFI-KACE	Číslo pojistné smlouvy (smluv)				
	Máte sjednáno pojištění pracovní neschopnosti u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Pokud ano, uveďte jména pojistitelů		
POJIŠTĚNÝ (POŠKOZENÁ OSOBA)	Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Titul za jménem	
	Rodné číslo	Datum narození	Telefon	Kód zdr. poj.	
	Trvalé bydliště – ulice (místo a číslo) stát (není-li v ČR)		PSC	Místo (pošta)	
	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)		Stát daňové residence (není-li v ČR)		Státní příslušnost
	Zaměstnání – vykonávaná činnost, prac. zařazení		Od	Do	
	Název a adresa zaměstnavatele				
	OSVČ <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh podnikatelské činnosti			
	Nezaměstnaný <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Od	Žena v domácnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Důchodce <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Student <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Podrobný popis škody (uveďte příčiny vzniku pracovní neschopnosti - 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, odkdy?) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	Zmnožnily Vám uvedené zdrav. problémy výkon povolání v plném rozsahu? Po celou dobu prac. neschopnosti <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				
Od		Do		Pracoval/a jsem po dobu léčení <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
				Od	
				Do	

POJISTNÉ PLNĚNÍ	<input type="checkbox"/> Pojištěný			
	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 a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře jejich smlouvy. 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.

V \_\_\_\_\_ Dne \_\_\_\_\_ Podpis poškozeného<sup>2)</sup>

<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.

<sup>2)</sup> Pojišťovna může požadovat úředně ověřený podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění.

## ČÁST II. (vyplňuje ošetřující lékař na počátku pracovní neschopnosti)

POPIS PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI	Důvod pracovní neschopnosti <input type="checkbox"/> pracovní úraz <input type="checkbox"/> úraz zaviněný jinou osobou <input type="checkbox"/> úrazy ostatní <input type="checkbox"/> sebepoškození <input type="checkbox"/> ostatní nemoci			
	Podezření z vlivu alkoholu či jiných omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Diagnóza dle WHO	Diagnóza slovy	
	Neschopen práce od	Číslo dokladu Rozhodnutí o dočasné práci neschopnosti		
	Podrobný popis léčby			
	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 ŠKODNÍ UDÁLOSTI – PRACOVNÍ NESCHOPNOST<sup>1)</sup>**
**NN Blue**
**ČÁST III. (vyplňuje ošetřující lékař při trvání pracovní neschopnosti – tuto část zasíláte po každém měsíci trvání pracovní neschopnosti)**

<b>POJIŠTĚNÝ</b>	Titul před jménem	Příjmení	Titul za jménem	
	Jméno	Datum narození	Rodné číslo	
	Číslo pojistné smlouvy (smluv)			
<b>POPIS TRVÁNÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI</b>	Datum ošetření či kontroly	Datum příští kontroly		
	Lékařský nález (změna dg., způsob rehabilitace atd.)			
	Popis léčby			
	Existují onemocnění, která mohla nebo ovlivnila délku léčení? (např. cukrovka, epilepsie apod.)		U žen gravidita <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Termín porodu

V \_\_\_\_\_

Dne \_\_\_\_\_

Podpis a razítko lékaře

**ČÁST IV. (vyplňuje ošetřující lékař při ukončení pracovní neschopnosti)**

<b>POPIS PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI</b>	Datum ukončení prac. neschop.	Práce schopen od	Byl porušen léčebný režim <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
	Konečná diagnóza		

V \_\_\_\_\_

Dne \_\_\_\_\_

Podpis a razítko lékaře