

# HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ÚRAZ (vyplňte čitelně obě strany formuláře)<sup>1)</sup>

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)	
	Uplatňuji nárok z připojištění <input type="checkbox"/> denní odškodné <input type="checkbox"/> trvalé následky <input type="checkbox"/> rozšířené následky	
	Máte sjednáno úrazové pojištění u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, uveďte jména pojistitelů

POJIŠTĚNÝ	Titul před jménem	Příjmení	Jméno	Kód zdr. poj.
	Rodné číslo	Datum narození	Telefon	
	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 rezidence (není-li v ČR)	Státní příslušnost	
	Povolání, obor	Od kdy?		
	Název a adresa zaměstnavatele			

POPIS ÚRAZU	Datum úrazu	Čas úrazu	Místo úrazu	
	Jak a při jaké aktivitě k úrazu došlo? (podrobný popis)			
	Která část těla byla poraněna?		Jak byla poraněna?	
	Byla tato část poraněna už dříve? Pokud ano – jak? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Jedná se o pracovní úraz? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	Došlo k úrazu při sportu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh sportu	Jste registrován v rámci sportovní organizace? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Datum registrace
	Název a adresa organizace, kde jste registrován			
	Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
	Byla událost šetřena policií? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Adresa		
	Jména a adresy svědků události (popř. i telefonů)			
	Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření		Datum	Čas
	Jméno lékaře a adresa zařízení, kde jste se dále léčil			
	Jméno lékaře a adresa zařízení, kde máte kompletní zdravotní dokumentaci			

POJIŠTNÉ PLNĚNÍ	<input type="checkbox"/> Pojištěný <input type="checkbox"/> Zákonný zástupce	
	Titul před jménem	Příjmení
	Jméno	Titul za jménem   Rodné číslo
	Pojistné plnění poukažte <input type="checkbox"/> na účet <input type="checkbox"/> na adresu složenkou	Předčíslí/Číslo účtu/Kód banky Adresa

**PROHLÁŠENÍ:** Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu 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.

V \_\_\_\_\_ Dne \_\_\_\_\_ Podpis pojištěného nebo zákonného zástupce<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> Pojistitel může požadovat úředně ověřený podpis osoby uplatňující nárok na pojistné plnění.

POJIŠTĚNÝ	Titul před jménem	Příjmení	Rodné číslo
	Jméno		Titul za jménem

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE – ÚDAJE O ÚRAZU (VYPLNÍ ODBORNÝ OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ)	Odpovídá tělesné poškození okolnostem, jež pojištěný uvedl na straně č. 1? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		První ošetření datum	hodina	
	Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření				
	Popis poranění				
	Diagnóza - kód MKN, popis				
	Průběh a způsob léčení – podrobně (Přiložte kopie lékařských zpráv o celém průběhu léčení)				
	Druh fixace od do		RTG a jiné zobrazovací metody datum popis		
	Rehabilitace od do		Místo rehabilitace	Způsob a frekvence rehabilitace	
	Nezbytná délka léčení od do (včetně)		Pracovní neschopnost <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne od do		
	Hospitalizace <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne od do		Místo hospitalizace		
	Došlo ke komplikacím nebo jiným onemocněním, která ovlivnila délku léčení úrazu?				
	Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Druh omamné látky	% alkoholu v krvi	
	Byl porušen léčebný režim? Pokud ano, uveďte jak <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne				
	Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Způsob předchozího postižení		
	Zanechal úraz trvalé následky? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Je rozsah trv. následků ustálen? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
	Podrobný popis trvalých následků (i předpokládaných)				
V jakém rozsahu je úrazem omezena funkčnost končetiny nebo postiženého orgánu?					
				Dominantní končetina <input type="checkbox"/> pravá <input type="checkbox"/> levá	

<sup>1)</sup> V případě hospitalizace přiložte kopii Propouštěcí zprávy, v případě operace přiložte kopii Operačního protokolu.

IDENTIFIKACE LÉKAŘE	Jméno	Příjmení	Odbornost
	Adresa zdravotnického zařízení		

V \_\_\_\_\_

Dne \_\_\_\_\_

Podpis a razítko lékaře

Honorář za vyplnění zdravotního formuláře ve výši \_\_\_\_\_ Kč

byl zaplacen klientem

převedte na účet číslo \_\_\_\_\_ kód banky \_\_\_\_\_ specifický symbol \_\_\_\_\_