



HLÁŠENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – NÁKLADY DOMÁCNOSTI

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, telefon: 957 444 555
Adresa pro zasilání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice.
Hlášení můžete provést online na www.cpp.cz, sekce Řešení škod. Dodatečné dokumenty ke škodě zasílejte přes www.mojecpp.cz, záložka Stav škody a vložení podkladů ke škodě. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.

- Pokud bude Vaše pracovní neschopnost (PN) trvat minimálně o jeden den více, než je v pojistné smlouvě sjednaná karenční doba, vyplňte po jejím ukončení **část I. a IV.**, o vyplnění **části II. a III.** požádejte Vašeho ošetřujícího lékaře.
- Řádně vyplněný formulář doručte na adresu pojistitele, uvedenou v záhlaví, nebo proveďte on-line hlášení na www.cpp.cz, sekce Řešení škod. Dokumenty ke škodě zasílejte přes www.mojecpp.cz, záložka Stav škody a vložení podkladů ke škodě. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.
- V případě předpokladu delší PN a požadavku na postupné pojistné plnění si pořídte odpovídající počet kopií **první a druhé strany** vyplněného formuláře, ještě před potvrzením části III. lékařem, pro následná hlášení o trvání PN, resp. pro její ukončení. Na tyto kopie Vám lékař postupně v **části III.** pokračování PN, resp. její ukončení potvrdí. Tato průběžná hlášení nechte potvrdit vždy po dovršení 30 dnů od posledního nároku na pojistné plnění a doručte je obratem na adresu pojistitele. K hlášení přiložte kopii neschopenky, pokud byla vystavena, OSVČ kopii ŽL.
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.

Část I. (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ)

Čísla všech Vašich smluv s připojištěním pracovní neschopnosti:

Příjmení, jméno, titul:

Rodné číslo:

Adresa pobytu v době pracovní neschopnosti:

Telefon:

E-mail pro elektronickou komunikaci:*

*E-mail bude použit jen pro tuto škodní událost. Jeho uvedením pojištěný souhlasí s komunikací výhradně elektronickou formou. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.Ro

K datu zahájení PN: (vyberte odpovídající možnost a dále specifikujte)

mám trvalý pobyt na území ČR	<input type="checkbox"/>
jsem osoba se zdanitelnými příjmy (OSVČ, v pracovním poměru)	<input type="checkbox"/>
jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské dovolené, studující, nezaměstnaný, apod.)	<input type="checkbox"/>

Specifikujte:

Zpracování osobních údajů

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Tyto informace se na Vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob 0418, který je trvale dostupný na webové stránce www.cpp.cz v sekci „O společnosti“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že údaje o Vašem zdravotním stavu a genetické údaje zpracovává pojistitel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to pro účely *likvidace pojistné události, správy a ukončení pojistné smlouvy, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.*

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A GENETICKÝCH ÚDAJŮ

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely *zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání.* Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob 0418. Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele vztahují.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob 0418, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží.

Prohlášení pojištěného

Pojištěný bere na vědomí a souhlasí s tím, že vlastnoruční podpisy osob na této žádosti jsou nahrazeny mechanickými prostředky (faksimile nebo reprodukci podpisu).

Zmocnění podle zákona o poskytování zdravotních služeb

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav pro účely šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (poskytovatelů zdravotních služeb), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný zprošťuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesděluje.

Uvedte další pojistitele, u kterých uplatňujete nárok z této škodné události

Pojistné plnění poukažte na účet č.

Kód banky

Pokud není vyplněno číslo účtu, pošle ČPP pojistné plnění na adresu uvedenou výše. Při zaslání plnění na adresu bude z této částky odečten poplatek dle platného sazebníku / přehledu poplatků.

V dne

podpis pojištěného

Část II. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

Informace pro lékaře:

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, a dále pro výběr požadované varianty, označte tuto odpověď křížkem.

Jméno, příjmení, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Neschopen práce od:

Hlavní diagnóza:

Slovy:

Datum kontroly:

Č. dokladu (neschopenky):

Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve?

Ano

Ne

Pokud ano, kdy:

Bylo OSVČ vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti pro ČSSZ?

Ano

Ne

Mají návykové látky vliv na vznik pracovní neschopnosti?

Ano

Ne

Pojištěnému byl/a přiznán/a Invalidita: I. stupeň II. stupeň III. stupeň Předčasný důchod Starobní důchod
 Změna pracovní schopnosti (Osoba zdravotně znevýhodněná)

Datum přiznání:

Pracovní neschopnost byla způsobena: Pracovním úrazem Úrazem zaviněným jinou osobou Nemocí z povolání

Část III. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

K dnešnímu dni: pracovní neschopnost trvá. Datum další kontroly:

Změna diagnózy ode dne: Nová diagnóza: Slovy:

Hospitalizace od: Do: V:

Pracovní neschopnost ukončena dne: Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu? Ano Ne

Adresa zdrav. zařízení, telefon: Razítko a podpis lékaře:
Datum a místo:

Náklady na provoz domácnosti – pokyny k vyplnění části IV.

Prokazatelnými náklady domácnosti jsou **opakovaně měsíční nebo v jiném pravidelném cyklu hrazené** výdaje, spojené s domácností prvního pojištěného, které první pojištěný hraďí ze svého účtu, v hotovosti, poštovní poukázkou nebo formou SIPO. Jsou to zejména: **platby na bydlení, platby za vzdělání a školské služby, pravidelné splátky úvěrů, pravidelné platby pojistného** (životní, penzijní připojištění, POV, HAV, domácnost, odpovědnost apod.) Před vyplněním tohoto hlášení doporučujeme seznámit se specifikací jednotlivých výdajů uvedenou v doplňkových pojistných podmínkách (DPP) produktu. Úhradu prokazatelných nákladů domácnosti musí první pojištěný doložit kopií dokladů o zaplacení vystavených **na jeho jméno**. Pro stanovení výše pojistného plnění vychází pojistitel z dokladů, přiložených k hlášení pojistné události. Pokud není řádně doložen nárok na plnění některého z druhů uplatňovaných nákladů, **nemá pojistitel povinnost tento doklad urgovat** a poskytne pojistné plnění v souladu s DPP dle nároků jednoznačně doložených. Pojistitel při pojistné události může požadovat předložení smluv, dohod či jiných dokladů (např. nájemní smlouvu, smlouvu za podnájem, smlouvu o poskytnutí úvěru či leasingu apod.), na jejichž základě první pojištěný hraďí platby uvedené v předchozím odstavci a výhradně za člena společné domácnosti.

V případě, že kdykoliv během období, rozhodného pro stanovení aritmetického průměru pro pojistné plnění, dojde v dané domácnosti k platbě prokazatelných výdajů **s jinou než měsíční frekvencí platby**, zahrne pojistitel do výpočtu odpovídající **aliquótní část tohoto výdaje** (1/3;1/6;1/12).

Pojistník uvede do hlášení částku celkovou a její frekvenci platby.

V případě, že je pojištěno více osob v jedné společné domácnosti nebo má pojištěný více smluv na **shodné výdaje** této domácnosti, vyplatí pojistitel pojistné plnění podle nároku max. do výše pojistné částky uvedené na jediné smlouvě, a to té nejvyšší. Pokud jsou více smlouvami nebo více pojištěnými pojištěny **různé náklady** jedné domácnosti, vyplatí pojistitel plnění v součtu nároků z jednotlivých pojistných smluv.

Pokud dojde během výplaty pojistného plnění k ukončení platby některého z nárokových výdajů, je pojistník povinen neprodleně toto oznámit pojistiteli. Pokud bylo po termínu ukončení platby tohoto výdaje pojistné plnění vyplaceno, je pojistník povinen neoprávněně čerpanou část vrátit. Pojistitel je oprávněn tuto část vymáhat.

Přílohy – kopie dokladů o zaplacení konkrétního výdaje, ze kterých jednoznačně vyplývá o jakou platbu se jedná, kdy bylo zaplaceno a komu. Vždy uveďte plný název příjemce platby. Druh dokladu označte v tabulce – výpis BÚ, SIPO, výdajový blok, poštovní poukázka apod. Pokud SIPO obsahuje jen nárokové platby, stačí uvést jako výdaj SIPO a celkovou částku. V případě, že nárokujete pouze některé položky, запиšte do tabulky každou položku samostatně.

