



HLÁŠENÍ ZTRÁTY ZAMĚSTNÁNÍ

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.

Připojištění zproštění od placení – č. poj. smluv:

Připojištění neschopnosti splácet úvěr – č. poj. smluv:

Hlášení ztráty zaměstnání se vztahuje pouze na označené riziko, pojištěné **ve zde uvedených** pojistných smlouvách. **Nevztahuje se** tedy na ostatní pojistné smlouvy pojištěného zde **neuvedené**.

OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO

Jméno, příjmení, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Telefon:

E-mail pro elektronickou komunikaci:*

*E-mail bude použit jen pro tuto škodní událost. Jeho uvedením pojištěný souhlasí s komunikací výhradně elektronickou formou.

ÚDAJE O UDÁLOSTI

Datum ukončení pracovního / služebního poměru:

Příčina ukončení pracovního / služebního poměru:

(uvedte § dle zákoníku práce, resp. služebního zákona)

Přílohy k hlášení:

- kopii pracovní smlouvy**
- kopii zápočtového listu**
- kopii výpovědi nebo dohody o ukončení pracovního poměru, kde je uveden důvod
- potvrzení pracovního úřadu o registraci pojištěného
- je-li pojištěný občanem jiného než členského státu EU, kopii pracovního povolení, je-li toto povolení ke vzniku pracovního / služebního poměru na území ČR potřeba**
- kopie dokladů o poskytnutém úvěru v případě připojištění neschopnosti splácet úvěr.

Počet příloh:

**Na vyžádání pojistitele

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 neživotním pojištění 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 neživotním pojištění 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 neživotním pojištění 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 prohlašuje, že všechny údaje uvedl pravdivě a úplně a je si vědom dopadů uvedení nepravdivých údajů na povinnost pojistitele plnit. 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.

Pojištěný si je vědom povinnosti opakovaně, po dobu trvání nároku na pojistné plnění dle doplňkových pojistných podmínek, vždy k výročnímu dni prokazatelného prvního nahlášení pojistné události pojistiteli, prokázat bez vyzvání potvrzením pracovního úřadu, že nárok na plnění dále trvá. Pojištěný bere na vědomí, že je povinen ohlásit bez zbytečného prodlení ukončení nároku na pojistné plnění např. při nástupu do zaměstnání nebo zahájení samostatné výdělečné činnosti a od dalšího pojistného období obnovit placení pojistného.

Uveďte 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

ČPP upozorňuje, že ten, kdo při uplatnění nároku na plnění z pojistné smlouvy uvede nepravdivé nebo hrubě zkreslené údaje nebo podstatné údaje zamlčí, vystavuje se možnosti postihu podle trestního zákona.

ČPP má právo na účelně vynaložené náklady šetření v případě nepravdivých a hrubě zkreslených údajů o rozsahu pojistné události.