

(prezentační razítko)

Oznámení škodné události z cestovního pojištění

Vyplněné oznámení škodné události, včetně dokladů o úhradě nákladů zašlete na adresu:

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P.O.BOX 28, 664 42, Modřice

- Pojištění zavazadel Pojištění úrazu
 Pojištění odpovědnosti Pojištění storna cesty

Číslo pojistné smlouvy:	Číslo škodné události: (vyplní pojišťovna)
Sjednána dne:	Místo sjednání pojištění:
Platnost od: do:	

(vždy vyplnit)

Jméno a příjmení pojištěného:		Titul:
Rodné číslo (u cizince datum narození):	Telefon:	E-mail pro elektronickou komunikaci*:
Popř. zákonný zástupce (jméno, příjmení, adresa):		
Adresa:		PSČ:

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

INFORMACE O CESTĚ

Země pobytu:	Cestovní kancelář:	
Kde bylo pojištění sjednáno:		
Zájezd objednan dne:	Záloha zaplacená dne:	Pobyt od: do:
Datum úhrady celkové ceny zájezdu:		
Doprava: <input type="checkbox"/> letadlo <input type="checkbox"/> bus <input type="checkbox"/> vlak <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> jiná:		
Podrobný popis škodné události (kdy a za jakých okolností k ní došlo):		
.....		

ČÁST I. – POJIŠTĚNÍ ZAVAZADEL

Datum vzniku škodné události:	Hodina:	Místo škodné události:
Stav navrácených zavazadel: <input type="checkbox"/> poškození <input type="checkbox"/> zničení <input type="checkbox"/> ztráta <input type="checkbox"/> odcizení		
Kde byly věci uloženy při odcizení z auta:		
Jaké překážky pachatel překonal:		
.....		
Seznam poškozených, zničených, ztracených a odcizených věcí uveďte na straně 4.		

ČÁST II. – POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI

Datum ŠU:	Hodina	Místo ŠU	Stát
Pojištěný (ten, kdo vznik škodní události zapříčinil), jméno:			
Adresa:			
R.Č.:	Tel.:	U občanů rodinný vztah k pojištěnému:	
Poškozený jméno (název firmy):			
Adresa:			
R.Č. nebo IČO:	Tel.:	U občanů rodinný vztah k pojištěnému:	
Žije s Vámi ve společné domácnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Byla-li újma způsobena nezletilým nebo osobou, která není schopna posoudit následky svého jednání, uveďte fyzickou nebo právnickou osobu, která byla povinna vykonávat nad nimi v době vzniku škody dohled:			
Jméno (název firmy):			
Adresa:			
Nárok poškozeného – náhrada byla žádána: kým (přesné jméno, název firmy, adresa):			
Od koho:			
Kdy (datum, způsob, příp. doložte písemný doklad):			
V jaké výši (Kč):	Považujete požadavek za oprávněný <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, důvod:		
Byla újma Vámi uhrazena (v jaké výši) <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, Kč	nebo vyřízena jinou formou (jakou):		
Má poškozený sjednáno vlastní pojištění majetku <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne (u kterého pojistitele):			
Při újmě na zdraví (adresa zdravotního zařízení, kde byl poškozený ošetřen nebo léčen):			
Rozsah poranění (v případě smrti označení osob vypravujících pohřeb a osob odkázaných na poškozeného výživou – jméno, rodinný vztah, přesná adresa):			
(případné nákresy uveďte na samostatné příloze)			

ČÁST III. – POJIŠTĚNÍ ÚRAZU

Datum ŠU:	Hodina	Místo ŠU	Stát
Která část těla byla poraněna:			
Adresa zdravotnického zařízení: a) které Vám poskytlo první ošetření úrazu:			
b) ve kterém byl Váš úraz léčen:			
Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, pokud ano, pro který sport			
V jaké soutěži?			
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, pokud ano, uveďte zda byla organizována a kým?			
Došlo-li k úrazu při dopravě motorovým vozidlem, uveďte jeho SPZ, jméno a adresu vlastníka vozidla:			
(k tomuto sdělení přiložte lékařskou zprávu)			

ČÁST IV. – POJIŠTĚNÍ STORNA CESTY

Identifikace služby (č. zájezdu, letenky apod.):	Termín od:	do:
Důvod zrušení služby:		
Datum vzniku důvodu:	Datum zrušení služby:	
Jména osob rušících službu a jejich rodinný vztah:		
(pokud byla důvodem storna cesty nemoc, doložte vyplněné lékařské potvrzení viz. strana 4)		

Vyplní poskytovatel služby

Služba objednána dne:	Cena služby za osobu:	
Rozepsání cen služby u více osob:		
Uhrazená částka:	datum zrušení služby:	procento stornopoplatku (% z ceny služby):
Poskytovatelem služby vrácena pojištěnému částka ve výši	Kč (doložit výdajovým dokladem)	
Jména, příjmení a rodná čísla osob rušících objednanou službu	Výše stornopoplatku za osobu	
Celková výše stornopoplatku v Kč:		
(K hlášení ŠU připojte kopii dokladu objednané služby – smlouvu o zájezdu, cestovní voucher, letenky, jízdenky, smlouvu na ubytování apod.)		
V	Dne	
podpis (razítko) poskytovatele služby		

Plnění zaslat na (vždy vyplnit)

<input type="checkbox"/> Adresa:	Jméno, příjmení, titul, popř. název firmy:	Obec, ulice, č.p., PSČ:
<input type="checkbox"/> Účet:	Účet číslo:	Majitel účtu: (jméno, příjmení, titul)

ZMOCNĚNÍ KE ZJIŠŤOVÁNÍ A OVĚŘOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A ZPROŠTĚNÍ MLČENLIVOSTI

Pojištěný/poškozený uděluje v souladu s § 2828, a jde-li o pojištění odpovědnosti v souladu s § 2864, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojištění, 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/poškozeného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného/poškozeného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný/poškozený opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný/poškozený zproštuje 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 pojištění mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištěný 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.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. 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, který je trvale dostupný na webové stránce www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Berete na vědomí, že jsou-li pro šetření pojistné události nezbytné údaje o zdravotním stavu, zpracovává je pojištěný na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to za účelem správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události a za účelem ochrany před neoprávněnými či protiprávními nároky a předcházení podvodům a jejich vyšetřování, zajištění a soupojištění.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojištěný na základě **oprávněného zájmu** pro účely *zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěným, případně poškozeným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištěného 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.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojištěný také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištěného vztahují.

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

Pojištěný prohlašuje, že na všechny otázky bylo zodpovězeno pravdivě a nic nebylo zamlčeno. Pojištěný současně zmocňuje pojištěného, aby za něho případnou škodnou událost a všechny z ní vzniklé události s poškozeným projednal a bude-li to v souladu s právními předpisy újmu za něj poškozenému uhradil. Jsem si vědom(a) následku nesprávných odpovědí, které by mohly být důvodem k odmítnutí nebo snížení pojistného plnění pojištěným. Prohlašuji, že jsem nárok na plnění za vzniklou újmu neuplatnil/a u žádného dalšího pojištěného. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu ve znění § 210 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, v platném znění.

V	Dne	
podpis (razítko) pojištěného		

Seznam ostatních poškozených, zničených, ztracených a odcizených věcí:
(k tomuto seznamu přiložte nabývací doklady)

Popis věci (značka)	Rozsah škody	Majitel věci	Pořizovací cena	Datum pořízení věci nebo stáří věci

POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Jméno a příjmení:		Rodné číslo u cizince datum narození:
Kdy začaly zdravotní potíže pojištěné osoby nebo jeho nejbližšího příbuzného? (uveďte datum)	Kdy jste byl(a) seznámen(a) s tím, že výše uvedená(ý) má čerpat objednanou službu s počátkem od:	
Bylo zřejmé již dne:		
(Viz výše – vznik zdravotních potíží), že onemocnění výše uvedeného(ho) bude dlouhodobého charakteru, a že tudíž nebude moci čerpat objednanou službu ve dnech? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Objednanou službu jste doporučil(a) zrušit dne:		
O jaký druh onemocnění popř. diagnózu se jednalo? (se souhlasem pacienta můžete uvést)		
Měl pacient již dříve tyto zdravotní potíže, jež jsou důvodem pro zrušení objednané služby: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Pokud ano, kdy?		
Jednalo o onemocnění akutní, chronické, akutní vzplanutí choroby, nebo pouze o zhoršení zdravotního stavu známého již před sjednáním objednané služby dne?		
Mohla se léčba předpokládat již při sjednání objednané služby dne?		
Kdy bylo (bude) ukončeno výše uvedené onemocnění? (uveďte datum)		
* Při rizikovém těhotenství V jakém měsíci gravidity je pojištěná osoba?		
V	Dne	
* vyplňte, pokud se týká jen daného případu		
		podpis (razítko) ošetřujícího lékaře

