



## HLÁŠENÍ ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ NEBO PORANĚNÍ HLÁŠENÍ VROZENÝCH VAD DĚTÍ HLÁŠENÍ ZÁVAŽNÝCH NÁSLEDKŮ OČKOVÁNÍ HLÁŠENÍ CUKROVKY

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

- Hlášení Závažného onemocnění nebo poranění – č. poj. smluv
- Hlášení Vrozených vad dětí – č. poj. smluv
- Hlášení Závažných následků očkování – č. poj. smluv
- Hlášení Cukrovky a jejích komplikací – č. poj. smluv   
Pojištěný hlásí:  prvotní stanovení diagnózy cukrovka  komplikace cukrovky
- Hlášení Cukrovky u dětí – č. poj. smluv

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

### Upozornění a pokyny pro pojištěného / zákonného zástupce

- Při diagnostikování některého z níže uvedených závažných onemocnění vyplňte **část I.** tohoto formuláře. O vyplnění **části II.** požádejte ošetřujícího lékaře ze zdravotnického zařízení, ve kterém jste byl/a diagnostikován/a, s tím, že doplníte datum počátku pojištění, z něhož nárok uplatňujete, a vyplněný formulář zašlete na adresu pojistitele, uvedenou v záhlaví, nebo proveďte on-line hlášení na [www.cpp.cz](http://www.cpp.cz), sekce Řešení škod. Dokumenty ke škodě zasílejte přes [www.mojecpp.cz](http://www.mojecpp.cz), záložka Stav škody a vložení podkladů ke škodě. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.
- Přílohou tohoto oznámení musí být lékařská zpráva specialisty odborného zdravotnického zařízení, v němž bylo onemocnění diagnostikováno, vypovídající mj. o nezvratnosti nebo neléčitelnosti uvedeného onemocnění. V případě hlášení Závažných následků očkování doložte lékařskou zprávu potvrzující příčinnou souvislost mezi aplikovanou očkovací látkou a vznikem onemocnění.
- Při hlášení Závažných následků očkování přiložte lékařem potvrzený doklad o aplikaci očkování.
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.

### Část I. (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Příjmení, jméno, titul pojištěného:

Rodné číslo:

V případě připojištění **Vrozených vad dětí**: jméno, příjmení, datum narození dítěte, kterému byla vrozená vada diagnostikována:

Adresa bydliště:

Telefon:

Zdravotní pojišťovna:

Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického lékaře:

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.

### Zákonný zástupce (v případě pojištěného dítěte):

Jméno a příjmení, titul:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Telefon:

## 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](http://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 pojišťitel 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 pojištětele 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 pojišťitel 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 pojištětele 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 pojišťitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištětele 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 reprodukcí podpisu).

### Zmocnění podle zákona o poskytování zdravotních služeb

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojišťiteli, 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 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 pojišťiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojišťitel 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.

## Upozornění

Berte prosím na vědomí, že vztahy mezi rodiči a dítětem, příp. zastoupení dítěte ve věcech správy jeho majetku upravuje zejména zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „zákon“). Dle tohoto zákona jsou rodiče odpovědní a mají právo na zastupování dítěte a spravování jeho jmění v běžných záležitostech. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit soud a v případě, že rodič nemůže dítě zastupovat, jmenuje soud dítěti opatrovníka. K právnímu jednání, které se týká jmění dítěte, potřebují rodiče souhlas soudu, ledaže se jedná o běžné záležitosti nebo o záležitosti sice výjimečné, ale týkající se zanedbatelné majetkové hodnoty.

Uvedte další pojišťitele, u kterých uplatňujete nárok z této škodní 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 (příp. zákonného zástupce)

## 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. ☒

Datum stanovení diagnózy / prvního ošetření úrazu:

Hlavní diagnóza:

Slovy:

Jedná se o prvotní stanovení výše uvedené diagnózy?

 Ano Ne

Byla operace, resp. transplantace plánována před vznikem pojištění?

 Ano Ne

Počátek pojištění:

Měly na vznik onemocnění/poranění vliv návykové nebo omamné látky?

 Ano Ne

(doplň pojištěný)

Vzniklo-li onemocnění následkem aplikované očkovací látky, uveďte její název:

Datum aplikace očkovací látky:

Pojištěnému byl/a přiznán/a Invalidita:  I. stupeň  II. stupeň  III. stupeň  Předčasný důchod  Starobní důchod

Změna pracovní schopnosti (Osoba zdravotně znevýhodněná)

Datum přiznání:

Onemocnění/poranění bylo způsobeno :  Pracovním úrazem  Úrazem zaviněným jinou osobou  Nemocí z povolání

Jméno lékaře:

Adresa zdrav. zařízení, telefon:

Razítko a podpis lékaře:

Datum a místo:

**Onemocnění mohou být rozdělena do skupin nebo variant dle pojistných podmínek.**

**Seznam hlavních uznatelných diagnóz:**

### PRO DOSPĚLOU OSOBU

Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Bakteriální meningitida, Bechtěrevova choroba, Roztroušená skleróza, Mozková příhoda, Nezhooubný mozkový nádor, Zhoubný nádor, Ochrmnutí, Oslepnutí, Hluchota, Infarkt myokardu, Náhrada srdeční chlopně, Operace aorty, Operace věnčitých tepen, Chronická obstrukční plicní nemoc, Selhání ledvin, Transplantace životně důležitých orgánů, Transplantace kostní dřeně, Ztráta končetin, Onemocnění HIV získané při transfuzi krve, HIV infekce získaná následkem fyzického napadení či během běžné činnosti v zaměstnání, Ztráta řeči, Klíšťová encefalitida, Kóma, Snížená soběstačnost (vybrané produkty), Systémová sklerodermie.

## PRO DÍTĚ

Dětská mozková obrna, Myopathie, Epilepsie se záchvaty typu grand mal, Asthma bronchiale, Cukrovka (diabetes mellitus - vybrané produkty), Bakteriální meningitida, Roztroušená skleróza, Nezhoubný mozkový nádor, Zhoubný nádor, Ochmutí, Oslepnutí, Hluchota, Náhrada srdeční chlopně, Operace aorty, Operace věnčitých tepen, Chronická obstrukční plicní nemoc, Selhání ledvin, Transplantace životně důležitých orgánů, Transplantace kostní dřevě, Ztráta končetin, Onemocnění HIV získané při transfuzi krve, HIV infekce získaná následkem fyzického napadení či během běžné činnosti v zaměstnání, Ztráta řeči, Klíšťová encefalitida, Kóma, Snížená soběstačnost (vybrané produkty), Systémová sklerodermie.

## VROZENÉ VADY DĚTÍ

Rozštěp páteře – Myelomeningokéla, Vrozený hydrocefalus, Mikrocefalie, Trisomické syndromy – Downův syndrom, Trisomické syndromy – Patauův syndrom, Trisomické syndromy – Edwardsův syndrom, Ageneze ledviny, Fokomelie.

## CUKROVKA A JEJÍ KOMPLIKACE

Komplikace cukrovky: diabetická nefropatie (poškození cév obalujících glomeruly ledvin), proliferativní diabetická retinopatie (poškození cév vyživujících sítnici oka), diabetická retinopatie s následkem úplné, trvalé a nezvratné ztráty zraku u obou očí způsobená cukrovkou (slepotá), amputace dolní končetiny či její části v souvislosti s diabetickou nohou.

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.