



## HLÁŠENÍ O OŠETŘOVÁNÍ ČLEMEM RODINY

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, telefon: 957 444 555  
Adresa pro zasílání 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.

### Upozornění a pokyny pro pojištěného / zákonného zástupce

- Po ukončení ošetřování, resp. při žádosti o zálohové plnění vyplňte **část I.** tohoto formuláře. O vyplnění **části II.** požádejte ošetřujícího lékaře dítěte 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.
- Doložte **kopii rodného listu** pojištěného dítěte, popř. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče poručníkovi. Doložte kopii dokladů prokazujících nárok na potřebu ošetřovat člena rodiny: **Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péči), Potvrzení o trvání potřeby ošetřování (péči). Doklady musí být potvrzeny zaměstnavatelem v rubrice „záznamy zaměstnavatele“, OSVČ doloží kopii ŽL.**
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.

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

Čísla smluv s připojištěním ošetřování členem rodiny:

Příjmení, jméno, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Telefon:

Zdravotní pojišťovna:

Jméno, příjmení, adresa a telefon dětského (ošetřujícího) 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 (je-li pojištěný nezletilý)

Jméno a příjmení, titul:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Vztah k pojištěnému:

Telefon:

#### Člen rodiny, který dítě ošetřuje:

Jméno a příjmení, titul:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Vztah k pojištěnému:

Telefon:

**K datu zahájení ošetřování dítěte:** (vyberte odpovídající možnost)

jsem osoba se zdanitelnými příjmy – OSVČ

Prohlašuji, že v období od  do  jsem nevykonával výdělečnou činnost.

jsem osoba se zdanitelnými příjmy – v pracovním poměru

Název a adresa zaměstnavatele:

jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské dovolené, studující, nezaměstnaný, apod.)

## 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 pojištitel 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 pojištitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely *zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěním 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 pojištitel 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.**

## Zpracování osobních údajů ošetřující / doprovázející osoby na základě oprávněných zájmů pojištětele

Ošetřující / doprovázející osoba bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje, a některé údaje související s ukončením výdělečné činnosti v čase ošetřování pojištěného zpracovává pojištitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely *likvidace pojistných událostí, 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.

## Prohlášení pojištěného

Pojištěný (zákonný zástupce) prohlašuje, že všechny údaje uvedl pravdivě a úplně a je si vědom dopadů uvedení nepravdivých údajů na povinnost pojištětele 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 pojištiteli, 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 pojištiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištitel 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.

Uveďte další pojistitele, 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)

podpis ošetřujícího člena rodiny

## Část II. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

Datum zahájení ošetřování dítěte členem rodiny:

Jméno osoby, která ošetřuje dítě po dobu jeho nemoci:

Číslo vystaveného dokladu Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče):

Důvod onemocnění (u úrazu rozveďte podrobně, při jaké činnosti):

Hlavní diagnóza:

Slovy:

Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte, o jaké komplikace se jednalo:

Datum ukončení ošetřování dítěte:

Jméno lékaře:

Adresa zdrav. zařízení, telefon:

Razítko a podpis lékaře:

Datum a místo:

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.