



HLÁŠENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobežní 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, 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.

Upozornění a pokyny pro pojištěného

- Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu je možné uplatnit:
 - nejdříve po dvanácti měsících od úrazu, pokud jsou následky úrazu ustálené
 - v případě, kdy nedojde k jejich ustálení, je možné na požádání poskytnout zálohu na pojistné plnění, pokud je již znám alespoň minimální rozsah trvalých následků.
- Děti pojištěné v rámci úrazového připojištění dospělého pojištěného: V případě škodní události dítěte, které je připojištěno smlouvou dospělé osoby, doložte kopii **rodného listu** pojištěného dítěte, popř. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče dospělému pojištěnému jako poručníku.
- V případě výplaty pojistného plnění, které náleží nezletilému, je třeba, aby zákonný zástupce nezletilého předložil **kopii rodného listu** nezletilého dítěte a vyplnil a podepsal formulář **Čestné prohlášení (nezletilý)**, ve kterém potvrdí, že je způsobilý k právním úkonům v plném rozsahu, že nebyl zbaven svých rodičovských práv a že si je vědom skutečnosti, že plnění přebírá ve prospěch dítěte.
- Zprávu lékaře (viz níže) předložte k vyplnění odbornému lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci, týkající se Vašeho úrazu. Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.
- Vyplněný formulář zašlete na shora uvedenou adresu 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.

Osobní údaje pojištěného

Číslo všech smluv, ze kterých uplatňujete pojistné plnění:

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. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.

Zákonný zástupce (je-li pojištěný nezletilý)

Jméno, 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 námitky 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 / Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění 0418 (hlásíte-li škodní událost z cestovního pojištění) / Informace o zpracování osobních údajů v pojištění vozidel (hlásíte-li škodní událost z pojištění vozidel), 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 námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob 0418, Informacích o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění 0418 či Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění vozidel. 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, Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění 0418 či Informace o zpracování osobních údajů v pojištění vozidel, 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 reprodukcí 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.

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 pojistitele, u kterých uplatňujete nárok z této škodné události

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

Prosíme, zajistěte vyplnění Zprávy lékaře!

podpis pojištěného (příp. zákonného zástupce)

ZPRÁVA LÉKAŘE

Informace pro lékaře:

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte ano nebo ne, označte odpověď křížkem.

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

1. Údaje o úrazu

Datum úrazu:

Místo úrazu:

Popis úrazového děje, jak jej uvedl pojištěný:

Kdy došlo k prvnímu ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):

Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem včetně kódu diagnózy podle MKN-10:

2. Anamnéza pojištěného před úrazem

Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem?

Pokud ano, uveďte, jaké zdravotní potíže se podílely na jeho vzniku:

Ano

Ne

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?

Pokud ano, uveďte, jak a v jakém rozsahu:

Ano

Ne

Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. epilepsie, cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)?

Pokud ano, uveďte jakou a odkdy:

Ano

Ne

Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz?

Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak byl úraz léčen a jaké následky zanechal:

Ano

Ne

ZPRÁVA LÉKAŘE

3. Léčení úrazu

Popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):

Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?

Od:

Do:

Operace (operační nález – přiložte prosím kopii operačního protokolu):

Kde byl poraněný léčen? Uveďte název zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od – do:

Je plánováno další léčení? Uveďte jaké (např. odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů, rehabilitace):

Je léčení skončeno?

Ano Ne

Zanechal-li úraz trvalé následky, jsou ustáleny?

Ano Ne

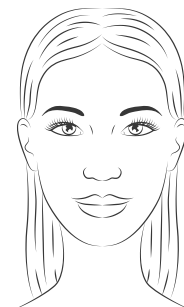
Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:

4. Zjištěné trvalé následky úrazu

Subjektivní potíže udávané pojištěným:

ZPRÁVA LÉKAŘE

Objektivní nález (u jizev uveďte jejich podrobný popis – délku v cm, plochu v cm² nebo zakreslete na obrázku):



Při poranění končetin uveďte:

stupeň poruchy (lehký, střední, těžký), omezení hybnosti (rozsah ve stupních), hypotrofii svalstva, srovnání s druhou končetinou, stabilitu kloubu

HK – při poruše úchopové funkce: kolik cm chybí do úplného sevření, nemožnost natažení, při ztrátových poraněních – přesný popis (např. ztráta článku z kostí, bez kosti, polovina článku prstu)

DK – délku obou končetin, menisektomii (částečnou, úplnou)

PHK

LHK

PDK

LDK

Pojištěný je pravák, nebo levák?

Pravák Levák

Pojištěnému byla přiznána invalidita I. stupeň II. stupeň III. stupeň

Datum přiznání:

Datum:

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

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „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.