



HLÁŠENÍ ÚRAZU

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, 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.

Informace pro pojištěného:

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.

Úrazové pojištění resp. připojištění Připojištění zlomenin

Upozornění a pokyny pro pojištěného (zákonného zástupce)

- Právo na pojistné plnění podle ujednání pojistné smlouvy vzniká: za dobu léčení úrazu (denní odškodné), za zlomeniny způsobené jedním úrazovým dějem, trvá-li léčení déle, než je stanovená karenční doba v pojistné smlouvě.
- Vyplňte všechna čísla pojistných smluv, kterými jste pojištěn(a) pro případ úrazu u České podnikatelské pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „ČPP“). Bez uvedení čísel pojistných smluv a podpisu pojištěného (zákonného zástupce) nelze škodní událost vyřídit.
- Ke každému úrazu vyplňte pouze jedno oznámení úrazu.
- 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 poručníkovi.
- 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.
- Zpráva ošetřujícího lékaře** (viz dále) předložte k vyplnění lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci, týkající se Vašeho úrazu. Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.
- Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte samostatného papíru jako přílohy.
- Byl-li v pojistné smlouvě dohodnut součet pojistných částek denního odškodného za dobu léčení úrazu a denního odškodného za pracovní neschopnost i úrazem převyšující limit stanovený pojistnými podmínkami dané smlouvy, a pokud pojistitel při pojistné události zjistí, že aktuálně doložený příjem pojištěného je nižší než příjem potřebný pro pojištění dohodnutých pojistných částek v součtu na rizika k pojistnému plnění, pak pojistitel vyplatí pojistné plnění ze snížených pojistných částek všech vyplacených rizik tak, aby v součtu byly rovny pojistné částce stanovené pro příjem pojištěného v době vzniku pojistné události tabulkou v Přehledu. Pojistitel sníží pojistné částky všech rizik k pojistnému plnění v poměru pojistné částky stanovené tabulkou v Přehledu k součtu pojistných částek dohodnutých v pojistné smlouvě za všechna vyplácená rizika. Pojistitel vyplatí na každý den maximálně plnění ve výši dané tabulkou v Přehledu v závislosti na příjmu pojištěného. V případě dodatečného plnění na daný kalendářní den jsou pojistné částky posuzovány v součtu za již vyplacené hodnoty a za nově hlášená rizika.

Počet příloh:

Čísla pojistných smluv:

OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO

Jméno, příjmení, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Telefon:

Povolání:

Jsem osoba se zdanitelnými příjmy: OSVČ v pracovním poměru bez zdanitelného příjmu (na mateřské dovolené, studující, nezaměstnaný apod.)

Zákonný zástupce (je-li pojištěný nezletilý)

Jméno a příjmení, titul:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Vztah k pojištěnému:

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.

ÚDAJE O ÚRAZU (VYPLŇUJE POJIŠTĚNÝ)

Datum úrazu:

Čas:

Místo úrazu:

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

Poraněná část těla:

Byla postižena již před úrazem?

Ano

Ne

Vaše zdravotní pojišťovna:

Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:

Adresa zdravotnického zařízení:

Ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření úrazu:

Ve kterém byl Váš úraz léčen:

Kdy:

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

Ano

Ne

Jestliže ano, uveďte pracoviště, kde došlo k úrazu, a činnost, kterou jste právě vykonával(a):

Jste registrovaný sportovec?

Ano

Ne

Pokud ano, pro který sport?

V jaké soutěži?

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?

Ano

Ne

Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým?

VYJÁDŘENÍ PRÁVNICKÉ OSOBY (POJISTNÍK, ORGANIZÁTOR AKCE APOD.), KTERÁ SJEDNALA POJIŠTĚNÍ VE PROSPĚCH FYZICKÉ OSOBY:

Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní, odborné apod.)?

Ano

Ne

Razítko a podpis právnické osoby:

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 / 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 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 či Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění vozidel. 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 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 (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 reprodukcí podpisu).

Zmocnění podle zákona o poskytování zdravotních služeb

Pojištěný uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojištětele, 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 pojištěteli 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 pojištětele, 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)

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.

Prosíme, zajistěte vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře!

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE



Jméno a příjmení pojištěného Rodné číslo

Datum hodina úrazu

K prvnímu lékařskému ošetření došlo dne hodina Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení

Diagnóza vlastního zranění včetně kódu podle MKN 10

Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem (např. u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části; u rány typ a velikost; u popálenin rozsah a stupeň; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality; apod.)

RTG nález s popisem nebo jiná speciální vyšetření (CT, MR) - přiložit kopii zprávy nebo vypsát závěry

Popis způsobu léčení (např. u fixace uveďte druh a dobu; rehabilitace od-do, kde; apod.)

Hospitalizace od do kde

Operace (datum) - přiložit kopii operačního protokolu

Při prodloužení doby léčení uveďte důvody (komplikace od-do)

Celková doba léčení od do Doba prac. neschopnosti od do

Vystaveno potvrzení PN č. datum vystavení

Příčina úrazu podle pacienta uvedená při prvním ošetření

Odpovídá tělesné poškození okolnostem, které uvedl poškozený? ANO NE

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Pokud ano, uveďte rozsah a v kterém roce došlo k předchozímu postižení ANO NE

Došlo k úrazu v důsledku požití alkoholu nebo návykových látek nebo byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Pokud ano, rozveďte (příznaky, promile alkoholu v krvi, apod.) ANO NE

Bylo příčinou úrazu sebepoškození? Pokud ano, uveďte podrobnosti ANO NE

Došlo k úrazu cizím zaviněním? ANO NE Byl úraz vyšetřován policií? ANO NE

Předpokládáte, že úraz zanechá TN? Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu ANO NE

Jiné sdělení lékaře

Jméno lékaře nebo název a adresa zdrav. zařízení včetně telefonního nebo případně i emailového kontaktu

Razítko a podpis lékaře

Datum Počet příloh V případě hospitalizace přiložte kopii propouštěcí zprávy