



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, 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 / 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 provedte 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.
- 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.
- 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.** Dále doložte příp. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče poručníkovi.
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.

Část I. (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

Číslo 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 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 reprodukce 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.