



## HLÁŠENÍ CELODENNÍHO OŠETŘOVÁNÍ POJIŠTĚNÉHO

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.

### Upozornění a pokyny pro pojištěného

- Pokud bude celodenní ošetřování pojištěného trvat minimálně o jeden den více, než je v pojistné smlouvě sjednaná karenční doba, vyplňte při jejím ukončení část I., o vyplnění částí II. a III. požádejte Vašeho ošetřujícího lékaře. Řádně vyplněný formulář doručte bez zbytečného odkladu 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.
- Při žádosti o zálohu na pojistné plnění (v případě potřeby dlouhodobého ošetřování) doručte originál formuláře s lékařem potvrzenou částí II. a III. a pro následné hlášení ukončení si v tomto případě poříďte kopii zasláného vyplněného formuláře, na kterou Vám lékař ukončení ošetřování potvrdí. K hlášení přiložte lékařské zprávy popisující onemocnění či poranění, pro které musí být pojištěný celodenně ošetřován.
- 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.
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.

### Část I. (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ)

Čísla všech Vašich smluv s připojištěním celodenního ošetřování pojištěného:

Jméno, příjmení, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa bydliště

Adresa pobytu v době celodenního ošetřování:

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

Jméno, příjmení, titul:

Rodné číslo:

Adresa bydliště

Telefon:

### Osoby, které pojištěného ošetřují:

Ošetřující osoby doplní svůj podpis na další straně tiskopisu. V případě více ošetřujících osob uveďte tyto na samostatný list.

Pojištěného ošetřuje od:

do:

Jméno, příjmení, titul/v případě právnické osoby její název a sídlo

Rodné číslo/IČO

Adresa bydliště

Vztah k pojištěnému

Pojištěného ošetřuje od:

do:

Jméno, příjmení, titul/v případě právnické osoby její název a sídlo

Rodné číslo/IČO

Adresa bydliště

Vztah k pojištěnému

## 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 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 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.**

## 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 pojišťitel 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 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 pojištěteli, 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.

## Prohlášení ošetřující osoby

Svým podpisem ošetřující osoba prohlašuje, že se v termínech uvedených na tomto formuláři věnovala celodennímu ošetřování pojištěného.

Uvedte další pojištětele, u kterých uplatňujete nárok z této škodní 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    
podpis pojištěného/zákonného zástupce

V  dne    
podpis (razítko) osoby, která pojištěného ošetřovala

V  dne    
podpis (razítko) osoby, která pojištěného ošetřovala

## 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. ☒

- Potvrdzují, že pojištěný potřebuje/potřeboval být, vzhledem svému nepříznivému zdravotnímu stavu, celodenně ošetřován jinou osobou, a to po dobu uvedenou na tomto formuláři.

Hlavní diagnóza:

Slovy:

Datum zahájení celodenního ošetřování pojištěného:

Postup léčby:

Pojištěný není po dobu potřeby jeho celodenního ošetřování schopen vykonávat následující základní životní potřeby:

- mobilita     orientace     komunikace     stravování     oblékání a obouvání     tělesná hygiena
- výkon fyziologické potřeby     péče o zdraví     osobní aktivity (hodnotí se ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem)
- péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku)

**Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška/prováděcí právní předpis zákona o sociálních službách. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby; přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.**

Mají návykové látky vliv na vznik celodenního ošetřování?

Ano     Ne

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

Změna pracovní schopnosti (Osoba zdravotně znevýhodněná)

Datum přiznání:

### Část III. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

K dnešnímu dni:  ošetřování pojištěného trvá. Datum další kontroly:

Změna diagnózy ode dne:  Nová diagnóza:  Slovy:

Zdravotnická zařízení (nemocnice, lázně, léčebny, sanatoria apod.), v nichž byl pojištěný v době celodenního ošetřování hospitalizován:

Hospitalizován od:  do:  v:

Byla i po dobu hospitalizace pojištěného ve zdravotnickém zařízení nezbytná přítomnost ošetřující osoby?  Ano

Hospitalizován od:  do:  v:

Byla i po dobu hospitalizace pojištěného ve zdravotnickém zařízení nezbytná přítomnost ošetřující osoby?  Ano

Další případné hospitalizace/pobyty pojištěného ve zdravotnických zařízeních uveďte na samostatný list.

Datum ukončení ošetřování pojištěného:  Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu?  Ano  Ne

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.