



HLÁŠENÍ NÁKLADŮ ASISTOVANÉ REPRODUKCE

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

- Po ukončení cyklu asistované reprodukce metodou In Vitro Fertilizace (dále jen „IVF“), která nebyla hrazena ze zdrojů českého veřejného zdravotního pojištění, vyplňte část I. tohoto formuláře. O vyplnění části II. požádejte ošetřujícího lékaře zařízení, v němž k cyklu asistované reprodukce došlo/ošetřujícího gynekologa. Vyplněný formulář zašlete na adresu pojistitele, uvedenou v záhlaví, 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.
- Doložte kopii dokladů prokazující provedení asistované reprodukce - lékařská zpráva o asistované reprodukci ze specializovaného zdravotnického zařízení na území České republiky, kde byla metoda aplikována a potvrzení od gynekologa, ze kterého bude jasně vyplývat, kdy pojištěná podstoupila první cyklus asistované reprodukce metodou IVF.
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.

Část I. (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ)

Číslo smluv s připojištěním nákladů asistované reprodukce:

Příjmení, jméno, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa bydliště:

Telefon:

Zdravotní pojišťovna:

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.

Vypište údaje o všech prodělaných cyklech IVF:

Datum provedení:	Popis:	Bylo hrazeno z českého veřejného zdravotního pojištění?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>

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, 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 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. 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, 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 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 pojišťiteli, 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 pojišťiteli 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.

Uveďte další pojišťitele, 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

Část II. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

Datum zahájení cyklu asistované reprodukce metodou In Vitro Fertilizace (IVF), za který je nárokováno pojistné plnění:

Hlavní diagnóza, pro kterou bylo doporučeno přistoupit k IVF:

Kód diagnózy:

Slovy:

Datum stanovení diagnózy:

Vypište údaje o všech cyklech IVF, které pojištěná podstoupila:

Datum provedení:	Popis:	Bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>

Adresa spec. zdravotnického zařízení / příp. ošetřujícího gynekologa, 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.