



HLÁŠENÍ PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI – DENNÍ ODŠKODNÉ

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.

Upozornění a pokyny pro pojištěného

1. Pokud bude Vaše pracovní neschopnost trvat minimálně o jeden den více, než je v pojistné smlouvě sjednaná karenční doba, **vyplňte při jejím ukončení část I., o vyplnění části II. a III. požádejte Vašeho ošetřujícího lékaře.** Upozorňujeme, že všechny podklady je nutné doložit v českém jazyce, a to formou originálu či úředního překladu. Řádně vyplněný formulář doručte bez zbytečného odkladu 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.
2. Při žádosti o zálohu na pojistné plnění (v případě dlouhodobé neschopnosti) doručte originál formuláře s lékařem potvrzenou **částí III.** a pro následné hlášení ukončení si v tomto případě pořiďte kopii zasláného vyplněného formuláře, na kterou Vám lékař ukončení pracovní neschopnosti potvrdí. K hlášení přiložte kopii neschopenky, pokud byla vystavena, OSVČ kopii ŽL.
3. Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.
4. 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 vyplácených 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.

Část I. (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ)

Číslo všech Vašich smluv s připojištěním pracovní neschopnosti:

Jméno, příjmení, titul pojištěného:

Rodné číslo:

Adresa pobytu v době pracovní neschopnosti:

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.

K datu zahájení PN: (vyberte odpovídající možnost a dále specifikujte)

mám trvalý pobyt na území ČR

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.)

Specifikujte:

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 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 pojišťitele 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 pojišťitele 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 pojišťitele 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.

Prohlášení pojištěného

Pojištěný bere na vědomí a souhlasí s tím, že vlastnoruční podpisy osob na této žádosti jsou nahrazeny mechanickými prostředky (faksimile nebo reprodukci 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

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)

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.

Neschopen práce od:

Hlavní diagnóza:

Slovy:

Datum kontroly:

Č. dokladu (neschopenky)

Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve?

Ano Ne

Pokud ano, kdy:

Bylo OSVČ vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti pro ČSSZ?

Ano Ne

Mají návykové látky vliv na vznik pracovní neschopnosti?

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:

Pracovní neschopnost byla způsobena: Pracovním úrazem Úrazem zaviněným jinou osobou Nemocí z povolání

Část III. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

K dnešnímu dni: pracovní neschopnost trvá. Datum další kontroly:

Změna diagnózy ode dne:

Nová diagnóza:

Slovy:

Hospitalizace od:

Do:

V:

Pracovní neschopnost ukončena dne:

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.