



Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „ČPP“), 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

- 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 online 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.
- Při žádosti o zálohu na pojistné plnění (v případě dlouhodobé neschopnosti) doručte originál formuláře včetně lékařem potvrzené **části III.** a po následně nahlášení ukončení pracovní neschopnosti si v tomto případě pořídte kopii zasláného vyplněného formuláře, na kterou Vám lékař ukončení pracovní neschopnosti potvrdí. K hlášení přiložte kopii neschopenky, pokud byla vystavena.
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.
- 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 vyplátí 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 vyplátí 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)

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte Ano, a dále pro výběr požadované varianty, označte tuto odpověď křížkem. ☒ **Není-li vyplněno Ano, platí odpověď Ne.**

Číslo všech Vašich smluv s připojištěním pracovní neschopnosti:	
Jméno, příjmení, titul pojištěného:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž ☐ Žena
Adresa pobytu v době pracovní neschopnosti:	
Místo, stát narození (není-li uvedeno platí Česká republika):	
Státní občanství (není-li uvedeno platí Česká republika):	
Jste ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. politicky exponovanou osobou? ¹	☐ Ano
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	☐ Ano
Jsem registrovaný sportovec (vyplňte pouze v případě úrazu)	☐ Ano
Pokud ano, uveďte, ve kterém sportu a v jaké soutěži:	
Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – OSVČ	☐ Ano
IČO:	
Jste poplatníkem daně z příjmů v paušálním režimu?	☐ Ano
Jste spolupracující osoba ve smyslu zákona o dani z příjmů?	☐ Ano
Jste plátcem nemocenského pojištění?	☐ Ano
Podnikatelskou činnost vykonáváte jako:	☐ hlavní činnost ☐ vedlejší činnost
Pracujete převážně:	☐ manuálně ☐ duševně
Předmět Vaší podnikatelské činnosti:	
Prohlašuji, že v období od:	do: jsem nevykonával výdělečnou činnost.

¹ Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, která je anebo v předchozích 12 měsících byla ve významné veřejné funkci, případně jí osoba blízká, a dále společník nebo skutečný majitel stejné právnické osoby/svěřenského fondu či právnické osoby/svěřenského fondu, které byly vytvořeny ve prospěch takové osoby. Více informací na: <https://www.cpp.cz/pep>

Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – v pracovním poměru	☐ Ano
Název a adresa zaměstnavatele:	
Název vykonávané profese:	
Uveďte zemi, ve které jste účastníkem nemocenského pojištění:	
Došlo k datu přiznání pracovní neschopnosti k právnímu jednání směřujícího k ukončení pracovního poměru?	☐ Ano
Došlo v průběhu pracovní neschopnosti k ukončení zaměstnaneckého poměru?	☐ Ano
Pokud ano, uveďte datum:	
Byla pracovní neschopnost přiznána v ochranné lhůtě?	☐ Ano
Pokud ano, uveďte datum ukončení pracovního poměru:	
Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – jiná závislá činnost	☐ Ano
Název vykonávané profese:	
Uveďte zemi, ve které jste účastníkem nemocenského pojištění:	
Došlo k datu přiznání pracovní neschopnosti k právnímu jednání směřujícího k ukončení jiné závislé činnosti?	☐ Ano
Došlo v průběhu pracovní neschopnosti k ukončení jiné závislé činnosti?	☐ Ano
Pokud ano, uveďte datum:	
Byla pracovní neschopnost přiznána v ochranné lhůtě?	☐ Ano
Pokud ano, uveďte datum ukončení jiné závislé činnosti:	
Jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské dovolené, studující, nezaměstnaný, vykonávající práci na základě dohody o provedení práce či dohody o pracovní činnosti apod.)	☐ Ano
Specifikujte:	
Od kdy (přesné datum):	

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 námitky 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 webových stránkách 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 námitku, 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 pojišťitele vztahují.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil/a 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 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 pojistiteli, 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 pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel 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 pojistitele, u kterých uplatňujete nárok z této škodné 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)

Informace pro lékaře:

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte Ano, a dále pro výběr požadované varianty, označte tuto odpověď křížkem. ☒ Není-li vyplněno Ano, platí odpověď Ne.

Jde-li o úraz:

Uveďte datum a okolnosti jeho vzniku:	
Uveďte datum první návštěvy ošetřujícího lékaře:	
Popište tělesné poškození způsobené úrazem:	
Utrpěl pojištěný úraz stejné části těla již dříve? Pokud ano, kdy:	☐ Ano
Šetřila věc policie?	☐ Ano

Jde-li o nemoc:

Kdy došlo k prvním příznakům nemoci:	
Popište první příznaky a jejich průběh:	
Léčil se pojištěný pro toto onemocnění již dříve? Pokud ano, kdy:	☐ Ano

Neschopen práce od:		Č. dokladu (neschopenky):	
Hlavní diagnóza:		Slovy:	
Jméno a adresa lékaře, který stanovil hlavní diagnózu (ošetřující lékař):			
Termíny kontrol, na které se pojištěný dostavil k ošetřujícímu lékaři v souvislosti s léčbou hlavní diagnózy:			
Datum propuštění pojištěného z péče ošetřujícího lékaře:			
Jméno a adresa lékaře, který si pojištěného převzal do dalšího ošetřování:			
Termíny kontrol u nového lékaře:			
Bylo pojištěnému vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti pro ČSSZ?		☐ Ano	
Pokud nebylo, uveďte důvod:			
Mají návykové látky vliv na vznik pracovní neschopnosti?		☐ Ano	
Pojištěnému byl/a přiznán/a invalidita:		☐ I. stupeň ☐ II. stupeň ☐ III. stupeň ☐ Předčasný důchod ☐ Starobní důchod	
		☐ Změna pracovní schopnosti (Osoba zdravotně znevýhodněná)	
Datum přiznání:			
Požádal pojištěný, nebo je v současné době vedeno řízení u ČSSZ o přiznání invalidního důchodu?		☐ Ano	
Pracovní neschopnost byla způsobena:		☐ Pracovním úrazem ☐ Úrazem zaviněným jinou osobou ☐ Nemocí z povolání	
		☐ Sebezpoškozením ☐ Vlivem alkoholu ☐ Vlivem toxických látek	
		☐ Ostatní	

Část III. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

Neschopen práce od:		
K dnešnímu dni:	pracovní neschopnost trvá.	Datum další kontroly:

Změna diagnózy ode dne:	Nová diagnóza:
Nová diagnóza slovy:	
Léčil se pojištěný pro tuto diagnózu již dříve? ☐ Ano	
Pokud ano, kdy:	

Změna diagnózy ode dne:	Nová diagnóza:
Nová diagnóza slovy:	
Léčil se pojištěný pro tuto diagnózu již dříve?	
Pokud ano, kdy:	☐ Ano

Změna diagnózy ode dne:	Nová diagnóza:
Nová diagnóza slovy:	
Léčil se pojištěný pro tuto diagnózu již dříve? ☐ Ano	
Pokud ano, kdy:	

Došlo v průběhu léčení ke komplikacím? Popište podrobněji včetně způsobu léčby:	
Podstoupil pojištěný v souvislosti s léčbou hlavní diagnózy v průběhu pracovní neschopnosti lázeňský pobyt nebo rehabilitaci? ☐ Ano	
Pokud ano, uveďte termín od:	Do: Místo:
Hospitalizace od:	Do: V:
Pracovní neschopnost ukončena dne:	Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu? ☐ Ano
Uveďte předchozí pracovní neschopnosti pojištěného za posledních 5 let, včetně uvedení diagnózy a dat počátku a ukončení:	
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 trestněprávních předpisů.

ČPP má právo na účelně vynaložené náklady šetření v případě nepravdivých a hrubě zkreslených údajů o rozsahu pojistné události.