

HLÁŠENÍ ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ NEBO PORANĚNÍ HLÁŠENÍ VROZENÝCH VAD DĚTÍ HLÁŠENÍ OPERACE DÍTĚTE S VROZENOU VADOU HLÁŠENÍ ZÁVAŽNÝCH NÁSLEDKŮ OČKOVÁNÍ HLÁŠENÍ CUKROVKY



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.

☐ Hlášení Závažného onemocnění nebo poranění – č. poj. smluv:	
☐ Hlášení Vrozených vad dětí – č. poj. smluv:	
☐ Hlášení Operace dítěte s vrozenou vadou – č. poj. smluv:	
☐ Hlášení Závažných následků očkování – č. poj. smluv:	
☐ Hlášení Cukrovky a jejích komplikací – č. poj. smluv:	
Pojištěný hlásí: ☐ prvotní stanovení diagnózy cukrovky ☐ komplikace cukrovky	
☐ Hlášení Cukrovky u dětí – č. poj. smluv:	

Hlášení se vztahuje **pouze na označené riziko** pojištěné ve zde uvedených pojistných smlouvách. Nevztahuje se na ostatní pojistné smlouvy pojištěného zde **neuvedené**.

Upozornění a pokyny pro pojištěného

- Při diagnostikování některého z níže uvedených závažných onemocnění vyplňte **část I.** tohoto formuláře. O vyplnění **části II.** požádejte ošetřujícího lékaře ze zdravotnického zařízení, ve kterém jste byl/a diagnostikován/a, s tím, že doplníte datum počátku pojištění, z něhož nárok uplatňujete, a vyplněný formulář zašlete 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.
- Přílohou tohoto oznámení musí být lékařská zpráva specialisty odborného zdravotnického zařízení, v němž bylo onemocnění diagnostikováno, vypovídající mj. o nezvratnosti nebo neléčitelnosti uvedeného onemocnění. V případě hlášení Závažných následků očkování doložte lékařskou zprávu potvrzující příčinnou souvislost mezi aplikovanou očkovací látkou a vznikem onemocnění.
- Při hlášení Závažných následků očkování přiložte lékařem potvrzený doklad o aplikaci očkování.
- 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 právnímu jednání 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 / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE)

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.**

Jméno, příjmení, titul pojištěného:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž ☐ Žena
V případě připojištění Vrozených vad dětí či Operace dítěte s vrozenou vadou: jméno, příjmení, datum narození dítěte, kterému byla vrozená vada diagnostikována:	
Adresa bydliště:	
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:	Zdravotní pojišťovna:
Jméno, příjmení, adresa a telefon praktického 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.**

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>

Zákonný zástupce (je-li pojištěný nezletilý)	
Jméno, příjmení, titul:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví: ☐ Muž ☐ Žena	
Adresa bydliště:	
Telefon	
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	

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 pojistitel 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 pojistitele 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 pojistitel 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 pojistitele 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 pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele 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 a zákonného zástupce dítěte u připojištění Vrozených vad a Operace dítěte s vrozenou vadou

Pojištěný, zákonný zástupce dítěte v případě hlášení pojistné události z připojištění vrozených vad a operace novorozence s vrozenou vadou (dále jen „zákonný zástupce dotčeného dítěte“) bere na vědomí a souhlasí s tím, že vlastnoruční podpisy osob na této žádosti jsou nahrazeny mechanickými prostředky (faksimile nebo reprodukcí podpisu).

Zmocnění podle zákona o poskytování zdravotních služeb

Pojištěný, zákonný zástupce dotčeného dítěte uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval jeho zdravotní stav či zdravotní stav dotčeného dítěte 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, resp. dotčeného dítěte; tento souhlas platí i po smrti pojištěného, resp. dotčeného dítěte a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný, zákonný zástupce dotčeného dítěte opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěný, zákonný zástupce dotčeného dítěte 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.

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.

Uved'te další pojistitele, u kterých uplatňujete nárok z této škodní události:	
Pojistné plnění poukažete 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)

Pro připojištění Vrozených vad dětí,
Operace dítěte s vrozenou vadou:

podpis zákonného zástupce

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.

Datum stanovení diagnózy / prvního ošetření úrazu:	
Hlavní diagnóza:	Slovy:
Jedná se o prvotní stanovení výše uvedené diagnózy?	☐ Ano
Byla operace, resp. transplantace plánována před vznikem pojištění? Počátek pojištění:	☐ Ano
V případě hlášení operace dítěte s vrozenou vadou uveďte datum operace:	
Měly na vznik onemocnění/poranění vliv návykové nebo omamné látky? (doplň pojištěný)	☐ Ano
Vzniklo-li onemocnění následkem aplikované očkovací látky, uveďte její název:	Datum aplikace očkovací látky:
Pojištěnému byl/a přiznán/a invalidita: ☐ I. stupeň ☐ II. stupeň ☐ III. stupeň ☐ Předčasný důchod ☐ Starobní důchod ☐ Změna pracovní schopnosti (Osoba zdravotně znevýhodněná)	
Datum přiznání:	
Onemocnění/poranění bylo způsobeno:	☐ Pracovním úrazem ☐ Úrazem zaviněným jinou osobou ☐ Nemocí z povolání
Jméno lékaře:	
Adresa zdrav. zařízení, telefon:	Razítko a podpis lékaře:
Datum a místo:	

Onemocnění mohou být rozdělena do skupin nebo variant dle pojistných podmínek.

Seznam hlavních uznatelných diagnóz:

PRO DOSPĚLOU OSOBU

Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, bakteriální meningitida, Bechtěrevova choroba, roztroušená skleróza, mozková příhoda, nezhoubný mozkový nádor či mozkový nádor (dle produktu), zhoubný nádor, ochrnutí, oslepnutí, hluchota, infarkt myokardu, náhrada srdeční chlopně, operace aorty, operace věnitých tepen, chronická obstrukční plicní nemoc, selhání ledvin, transplantace životně důležitých orgánů, transplantace kostní dřeně, ztráta končetin, onemocnění HIV získané při transfuzi krve, HIV infekce získaná následkem fyzického napadení či během běžné činnosti v zaměstnání, ztráta řeči, klíšťová encefalitida, kóma, snížená soběstačnost (vybrané produkty), systémová sklerodermie, virová hepatitida (vybrané produkty).

PRO DÍTĚ

Dětská mozková obrna, myopatie, epilepsie se záchvaty typu grand mal, asthma bronchiale, cukrovka (diabetes mellitus – vybrané produkty), bakteriální meningitida, roztroušená skleróza, nezhoubný mozkový nádor či mozkový nádor (dle produktu), zhoubný nádor, ochrnutí, oslepnutí, hluchota, náhrada srdeční chlopně, operace aorty, operace věnitých tepen, chronická obstrukční plicní nemoc, selhání ledvin, transplantace životně důležitých orgánů, transplantace kostní dřeně, ztráta končetin, onemocnění HIV získané při transfuzi krve, HIV infekce získaná následkem fyzického napadení či během běžné činnosti v zaměstnání, ztráta řeči, klíšťová encefalitida, kóma, snížená soběstačnost (vybrané produkty), systémová sklerodermie, virová hepatitida (vybrané produkty).

VROZENÉ VADY DĚTÍ

Rozštěp páteře – myelomeningokéla, vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, trisomické syndromy – Downův syndrom, Patauův syndrom a Edwardsův syndrom, ageneze ledviny, fokomelie, pro vybrané produkty dále: nemoc motýlích křídel, Duchenneova muskulární dystrofie, syndrom hypoplastického levého srdce (nevyvinutá a nefunkční levá srdeční komora).

OPERACE DÍTĚTE S VROZENOU VADOU

Narození dítěte s diagnostikovanou vadou zařazenou do skupiny nemocí Q00-Q99, pro kterou je nezbytná operace tohoto dítěte.

CUKROVKA A JEJÍ KOMPLIKACE

Komplikace cukrovky: diabetická nefropatie (poškození cév obalujících glomeruly ledvin), proliferativní diabetická retinopatie (poškození cév vyživujících sítnici oka), diabetická retinopatie s následkem úplné, trvalé a nezvratné ztráty zraku u obou očí způsobená cukrovkou (slepota), amputace dolní končetiny či její části v souvislosti s diabetickou nohou.

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.