



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 / zákonného zástupce

- Po ukončení ošetřování, resp. při žádosti o zálohové plnění vyplňte **část I.** tohoto formuláře. O vyplnění **části II.** požádejte ošetřujícího lékaře dítěte 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.
- 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.
- Doložte kopii dokladů prokazujících nárok na potřebu ošetřovat člena rodiny: **Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péči), Potvrzení o trvání potřeby ošetřování (péči). Doklady musí být potvrzeny zaměstnavatelem v rubrice „záznamy zaměstnavatele“, OSVČ doloží kopii ŽL.** Dále doložte příp. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče poručníkoví.
- 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. Nebylo-li vyplněno Ano, platí odpověď Ne.

Číslo smluv s připojištěním ošetřování členem rodiny:	
Jméno, příjmení, titul pojištěného:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Adresa bydliště:	
Místo, stát narození (není-li uvedeno platí Česká republika):	Zdravotní pojišťovna:
Státní občanství (není-li uvedeno platí Česká republika):	
Jste ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. politicky exponovanou osobou? ¹	<input type="checkbox"/> Ano
Jméno, příjmení, adresa a telefon dětského (ošetřujícího) lékaře:	
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 (je-li pojištěný nezletilý):	
Jméno, příjmení, titul:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Adresa bydliště:	
Vztah k pojištěnému:	
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	<input type="checkbox"/> Ano
Telefon:	

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>

Člen rodiny, který dítě ošetřuje:	
Jméno, příjmení, titul:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	<input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Adresa bydliště:	
Vztah k pojištěnému:	
Telefon:	
K datu zahájení ošetřování dítěte: (vyberte odpovídající možnost)	
<input type="checkbox"/> jsem osoba se zdanitelnými příjmy – OSVČ	
Prohlašuji, že v období od:	do: jsem nevykonával výdělečnou činnost.
<input type="checkbox"/> jsem osoba se zdanitelnými příjmy – v pracovním poměru	
Název a adresa zaměstnavatele:	
<input type="checkbox"/> jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské dovolené, studující, nezaměstnaný apod.)	

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 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 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 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 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.

Zpracování osobních údajů ošetřující / doprovázející osoby na základě oprávněných zájmů pojistitele

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 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.

Prohlášení pojištěného

Pojištěný (zákonný zástupce) prohlašuje, že všechny údaje uvedl pravdivě a úplně a je si vědom dopadů uvedení nepravdivých údajů na povinnost pojišťitele 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 nesdílí.

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.

Uvedte další pojistitele, 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 / zákonného zástupce

podpis ošetřujícího člena rodiny

Část II. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

Datum zahájení ošetřování dítěte členem rodiny:	
Jméno osoby, která ošetřuje dítě po dobu jeho nemoci:	
Číslo vystaveného dokladu Rozhodnutí o potřebě ošetřování (péče):	
Důvod onemocnění (u úrazu rozveďte podrobně, při jaké činnosti):	
Hlavní diagnóza:	Slovy:
Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku komplikací, uveďte, o jaké komplikace se jednalo:	
Datum ukončení ošetřování dítěte:	
Jméno lékaře:	
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.