



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](http://www.cpp.cz), sekce Řešení škod. Dodatečné dokumenty ke škodě zasílejte přes [www.mojecpp.cz](http://www.mojecpp.cz), záložka Stav škody a vložení podkladů ke škodě. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.**

## Upozornění a pokyny pro pojištěnou

- 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 / gynekologa zařízení, v němž k cyklu asistované reprodukce došlo. Vyplněný formulář zašlete na adresu pojistitele uvedenou v záhlaví nebo proveďte online hlášení na [www.cpp.cz](http://www.cpp.cz), sekce Řešení škod. Dokumenty ke škodě zasílejte přes [www.mojecpp.cz](http://www.mojecpp.cz), záložka Stav škody a vložení podkladů ke škodě. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.
- Doložte kopii dokladů prokazujících 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 cykly asistované reprodukce metodou IVF.
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.

## Část I. (Vyplní pojištěná)

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.

|  |  |
|--|--|
| Číslo smluv s připojištěním nákladů asistované reprodukce:                       |  |
| 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):                    |  |
| Státní občanství (není-li uvedeno platí Česká republika):                        |  |
| Jste ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. politicky exponovanou osobou? <sup>1</sup> | <input type="checkbox"/> Ano                               |
| Telefon:   | Zdravotní pojišťovna:                                      |
| E-mail pro elektronickou komunikaci:*  |  |

**\*E-mail bude použit jen pro tuto škodní událost. Jeho uvedením pojištěná 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?                                    |
|-----------------|-------|--|
|                 |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|                 |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|                 |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|                 |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|                 |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|                 |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|                 |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|                 |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |

<sup>1</sup> Není-li vyplněno Ano, platí odpověď Ne. Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, která je nebo 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>

## 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](http://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 pojištěnou, 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 seznámila 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 pojištěné

Pojištěná prohlašuje, že všechny údaje uvedla pravdivě a úplně a je si vědoma dopadů uvedení nepravdivých údajů na povinnost pojistitele plnit. Pojištěná 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

Pojištěná uděluje v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, souhlas pojistiteli, aby zjišťoval či ověřoval její 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 pojištěné; tento souhlas platí i po smrti pojištěného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěná opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení.

Pojištěná 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 pojištěné

## Část II. (vyplní lékař)

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. ☒

|  |        |
|--|--------|
| 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 českého veřejného zdravotního pojištění?                                    |
|--|-------|--|
|  |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|  |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|  |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|  |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|  |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|  |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|  |       | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Částečně <input type="checkbox"/> |
|  |       | 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 trestněprávních předpisů.

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