HLÁŠENÍ CELODENNÍHO OŠETŘOVÁNÍ POJIŠTĚNÉHO

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 zasílání 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 celodenní ošetřování pojištěného 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. 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.
2. Při žádosti o zálohu na pojistné plnění (v případě potřeby dlouhodobého ošetřování) doručte originál formuláře s lékařem potvrzenou **částí II. a III.** A pro následné hlášení ukončení si v tomto případě pořiďte kopii zasílaného vyplněného formuláře, na kterou Vám lékař ukončení ošetřování potvrdí. K hlášení přiložte lékařské zprávy popisující onemocnění či poranění, pro které musí být pojištěný celodenně ošetřován.
3. Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.

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.

Čísla všech Vašich smluv s připojištěním celodenního ošetřování pojištěného:		
Jméno, příjmení, titul:	Rodné číslo:	
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž	☐ Žena
Adresa bydliště:		
Adresa pobytu v době celodenního ošetřování:		
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 primárně elektronickou formou. Komunikace může obsahovat i zdravotní údaje.**
Pokud není vyplněn a je již zadán souhlas s elektronickou komunikací, bude ČPP zasílat komunikaci primárně na e-mailovou adresu uvedenou v pojistné smlouvě.

Zákonný zástupce		
Jméno, příjmení, titul pojištěného:	Rodné číslo:	
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž	☐ 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?[1]		☐ 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

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.

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, se sídlem Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze – oddíl B, vložka 3433
IČO: 63998530
DIČ: CZ63998530
DIČ pro DPH: CZ699000955
Kontaktní adresa:
P. O. BOX 28
664 42 Modřice
Tel.: 957 444 555
www.cpp.cz
info@cpp.cz

Osoby, které pojištěného ošetřují:

Ošetřující osoby doplní svůj podpis na další straně tiskopisu. V případě více ošetřujících osob uveďte tyto na samostatný list.

Pojištěného ošetřuje od:	do
Jméno, příjmení, titul / název právnické osoby:	Rodné číslo / IČO:
Vztah k pojištěnému:	
Adresa bydliště / sídlo:	

Pojištěného ošetřuje od:	do
Jméno, příjmení, titul / název právnické osoby:	Rodné číslo / IČO:
Vztah k pojištěnému:	
Adresa bydliště / sídlo:	

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 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 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 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.

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 pojistitel 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 námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Prohlášení pojištěného

Pojištěný 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 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.

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.

Pojištěný v souladu s § 2828 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, dále uděluje pojistiteli souhlas, aby pro účely šetření pojistných událostí a výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, zejména v souvislosti s pojištěním invalidity, závislosti na péči a pracovní neschopnosti, zjišťoval a ověřoval jeho zdravotní stav u orgánů sociálního zabezpečení vyjmenovaných v zákoně č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Pojištěný zprošťuje v souladu s § 14 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., orgány sociálního zabezpečení ve vztahu k pojistiteli povinnosti mlčenlivosti. Za tímto účelem je pojistitel oprávněn činit dotazy a žádat o poskytnutí posudků, rozhodnutí, jejich opisů nebo výpisů a jiných písemností či zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu pojištěného a k jeho posouzení pro účely sociálního zabezpečení.

Prohlášení ošetřující osoby

Svým podpisem ošetřující osoba prohlašuje, že se v termínech uvedených na tomto formuláři věnovala celodennímu ošetřování pojištěného.

Uveďte 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

V ____ dne ____

podpis (razítko) osoby, která pojištěného ošetřovala

V ____ dne ____

podpis (razítko) osoby, která pojištěného ošetřovala

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.

☐ Potvrzuji, že pojištěný potřebuje / potřeboval být, vzhledem svému nepříznivému zdravotnímu stavu, celodenně ošetřován jinou osobou, a to po dobu uvedenou na tomto formuláři.

Hlavní diagnóza:
Hlavní diagnóza slovy:
Datum zahájení celodenního ošetřování pojištěného:
Datum stanovení diagnózy:
Postup léčby:
Pojištěný není po dobu potřeby jeho celodenního ošetřování schopen vykonávat následující základní životní potřeby: ☐ mobilita ☐ orientace ☐ komunikace ☐ stravování ☐ oblékání a obouvání ☐ tělesná hygiena ☐ výkon fyziologické potřeby ☐ péče o zdraví ☐ péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku) ☐ osobní aktivity (hodnotí se ve vztahu ke konkrétnímu zdravotnímu postižení a režimu stanovenému ošetřujícím lékařem)
Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška / prováděcí právní předpis zákona o sociálních službách. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby; přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.
Mají návykové látky vliv na vznik celodenního ošetřování? ☐ 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:

Část III. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

K dnešnímu dni:	ošetřování pojištěného trvá.	Datum další kontroly:
Změna diagnózy ode dne:	Nová diagnóza:	
Nová diagnóza slovy:		

Zdravotnická zařízení (nemocnice, lázně, léčebny, sanatoria apod.), v nichž byl pojištěný v době celodenního ošetřování hospitalizován:

Hospitalizace od:	Do:	V:
Byla i po dobu hospitalizace pojištěného ve zdravotnickém zařízení nezbytná přítomnost ošetřující osoby?		☐ Ano
Hospitalizace od:	Do:	V:
Byla i po dobu hospitalizace pojištěného ve zdravotnickém zařízení nezbytná přítomnost ošetřující osoby?		☐ Ano
Další případné hospitalizace / pobyty pojištěného ve zdravotnických zařízeních uveďte na samostatný list.		
Datum ukončení ošetřování pojištěného:		
Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu?		☐ Ano

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.