

# HLÁŠENÍ INVALIDITY HLÁŠENÍ ZÁVISLOSTI NA PÉČI II.–IV. STUPNĚ HLÁŠENÍ PŘÍSPĚVKU NA POŘÍZENÍ ZVLÁŠTNÍ POMŮCKY



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](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.**

## Informace pro pojištěného:

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.

|                                                                                                                         |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Připojištění invalidity</b> – č. poj. smluv:<br>(invalidita I., II. nebo III. stupně)       | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>Připojištění zproštění od placení</b> – č. poj. smluv:<br>(invalidita II. nebo III. stupně) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>Připojištění závislosti na péči II.–IV. stupně</b> – č. poj. smluv:                         | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>Připojištění příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky</b> – č. poj. smluv:                    | <input type="text"/> |

HLášení přiznání daného stupně invalidity / závislosti na péči či příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky se vztahuje **pouze na označené připojištění, ve zde uvedených pojistných smlouvách. Nevztahuje se** tedy na ostatní pojistné smlouvy pojištěného zde **neuvedené**.

## OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO

|                                                                                  |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 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:                                                                         | 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 (V PŘÍPADĚ POJIŠTĚNÉHO DÍTĚTE)

|                                                                                  |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 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:                                                                 |                                                            |
| 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                               |
| Vztah k pojištěnému:                                                             | Telefon:                                                   |

## ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI

|                                                              |                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datum přiznání invalidity od OSSZ / IPZS:                    | <input type="checkbox"/> I. stupeň <input type="checkbox"/> II. stupeň <input type="checkbox"/> III. stupeň  |
| Datum přiznání stupně závislosti na péči Úřadem práce:       | <input type="checkbox"/> II. stupeň <input type="checkbox"/> III. stupeň <input type="checkbox"/> IV. stupeň |
| Datum přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku od Úřadu práce: |                                                                                                              |
| Druh zvláštní pomůcky:                                       |                                                                                                              |
| Celková cena zvláštní pomůcky:                               | Příčina vzniku škodní události: <input type="checkbox"/> Nemoc <input type="checkbox"/> Úraz                 |

<sup>1</sup> 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>

## V případě vzniku škodní události v důsledku úrazu:

|                                                                 |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Datum úrazu:                                                    | Místo úrazu:                                                 |
| Poraněná část těla:                                             | Byla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> Ano |
| Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:                       |                                                              |
| Jméno a adresa lékaře, který poskytl podklady posudkové komisi: |                                                              |

### Při hlášení invalidity přiložte k žádosti:

- kopii „Rozhodnutí o přiznání daného stupně invalidity“ od OSSZ nebo IPZS,
- kopii „Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu“ od ČSSZ,
- veškerou zdravotní dokumentaci vedoucí ke vzniku invalidního důchodu včetně prvotního diagnostikování onemocnění vedoucího k invalidnímu důchodu

### Při hlášení závislosti na péči II.- IV. stupně přiložte k žádosti:

- kopii „Rozhodnutí o přiznání daného stupně závislosti na péči“ od krajské pobočky Úřadu práce,
- kopii lékařské zprávy o zdravotním stavu pojištěného, na jehož základě se daný stupeň závislosti na péči přiznává.

### Při hlášení příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky přiložte k žádosti:

- kopii „Rozhodnutí o přiznání příspěvku na pořízení zvláštní pomůcky“ od krajské pobočky Úřadu práce,
- kopii lékařské zprávy o zdravotním stavu pojištěného, na jehož základě byl příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky přiznán,
- kopii účetních dokladů osvědčujících cenu zvláštní pomůcky (faktura, příjmový pokladní doklad...).

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.

## 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 pojištěným 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 zpracováváných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží.**

## Prohlášení pojištěného

Pojištěný prohlašuje, že všechny údaje uvedl pravdivě a úplně a je si vědom dopadů uvedení nepravdivých údajů na povinnost pojistitele 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 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.

## 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.

### Uveďte další pojistitele, u kterých uplatňujete nárok z této škodné události:

## Výplata pojistného plnění

|                             |            |
|-----------------------------|------------|
| Plnění poukažte na účet č.: | Kód banky: |
|-----------------------------|------------|

V případě výplaty pojistného plnění důchodem, bude toto číslo účtu použito pro pravidelnou výplatu důchodu. 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 pojistníka

podpis pojištěného

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.