



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 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, 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.
- 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 cyklus 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: ☐ 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:	Zdravotní pojišťovna:
E-mail pro elektronickou komunikaci:*	

*E-mail bude použit jen pro tuto škodní událost. Jeho uvedením pojištěná 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.

Vypište údaje o všech prodělaných cyklech IVF:

Datum provedení	Popis	Bylo hrazeno z českého veřejného zdravotního pojištění?
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐

¹ Není-li vyplněno Ano, platí odpověď Ne. 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>

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 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 reprodukce 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.

Pojištěná zproštuje 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.

Pojištěná 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 její zdravotní stav u orgánů sociálního zabezpečení vyjmenovaných v zákoně č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů.

Pojištěná zproštuje 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 pojištěné a k jeho posouzení pro účely sociálního zabezpečení.

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 ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
		ANO ☐ NE ☐ Částečně ☐
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.