



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 pojištěného

- Pokud bude Vaše pracovní neschopnost 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. Upozorňujeme, že všechny podklady je nutné doložit v českém jazyce, a to formou originálu či úředního překladu. Řádně vyplněný formulář doručte bez zbytečného odkladu 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.
- Při žádosti o zálohu na pojistné plnění (v případě dlouhodobé neschopnosti) doručte originál formuláře včetně lékařem potvrzené **části III.** a po následně nahlášení ukončení pracovní neschopnosti si v tomto případě pořídte kopii zaslání vyplněného formuláře, na kterou Vám lékař ukončení pracovní neschopnosti potvrdí. K hlášení přiložte kopii neschopenky, pokud byla vystavena.
- Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.
- Přílohou tohoto oznámení musí být zdravotní dokumentace z celkové doby léčení včetně lékařské zprávy z prvotního ošetření v den vzniku pracovní neschopnosti.
- Byl-li v pojistné smlouvě dohodnut součet pojistných částek denního odškodného za dobu léčení úrazu a denního odškodného za pracovní neschopnost i úrazem převyšující limit stanovený pojistnými podmínkami dané smlouvy, pak pojistitel v případě nedostatečného příjmu potřebného pro dohodnuté pojistné částky, ze kterých se stanovuje pojistné plnění, sníží pojistné plnění tak, aby součet pojistných částek, ze kterých se pojistné plnění stanovuje, odpovídal hodnotě maximální denní dávky dle výše hrubého měsíčního příjmu v době vzniku pojistné události. Pojistné částky při pojištění, ze kterých pojistitel stanovuje pojistné plnění ve stejný okamžik, sníží pojistitel v poměru maximální denní dávky k součtu pojistných částek dohodnutých v pojistné smlouvě za všechna připojištění, ze kterých je vypláceno pojistné plnění. V případě dodatečného plnění za daný kalendářní den jsou pojistné částky posuzovány v součtu s pojistnými částkami, ze kterých již bylo stanoveno pojistné plnění, společně s pojistnými částkami za škodné události z nově hlášených připojištění. Jestliže pojištěný v době pojistné události má nižší příjem než na základě, kterého byla dohodnuta výše denního odškodného, pak pojistitel přeplatek na pojistném nevrací.

## 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.

Číslo všech Vašich smluv s připojištěním pracovní neschopnosti:	
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 pobytu v době pracovní neschopnosti:	
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.**

**K datu zahájení PN: (vyberte odpovídající možnost a dále specifikujte)**

Mám trvalý pobyt na území ČR	<input type="checkbox"/> Ano
Jsem registrovaný sportovec (vyplňte pouze v případě úrazu)	<input type="checkbox"/> Ano
Pokud ano, uveďte, ve kterém sportu a v jaké soutěži:	
Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – OSVČ	<input type="checkbox"/> Ano
IČO:	
Jste poplatníkem daně z příjmů v paušálním režimu?	<input type="checkbox"/> Ano
Jste spolupracující osoba ve smyslu zákona o dani z příjmů?	<input type="checkbox"/> Ano
Jste plátcem nemocenského pojištění?	<input type="checkbox"/> Ano

<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>

Podnikatelskou činnost vykonáváte jako:	<input type="checkbox"/> hlavní činnost	<input type="checkbox"/> vedlejší činnost
Pracujete převážně:	<input type="checkbox"/> manuálně	<input type="checkbox"/> duševně
Předmět Vaší podnikatelské činnosti:		
Prohlašuji, že v období od:	do:	jsem nevykonával výdělečnou činnost.
Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – v pracovním poměru	<input type="checkbox"/> Ano	
Název a adresa zaměstnavatele:		
Název vykonávané profese:		
Uveďte zemi, ve které jste účastníkem nemocenského pojištění:		
Došlo k datu přiznání pracovní neschopnosti k právnímu jednání směřujícího k ukončení pracovního poměru?	<input type="checkbox"/> Ano	
Došlo v průběhu pracovní neschopnosti k ukončení zaměstnaneckého poměru?	<input type="checkbox"/> Ano	
Pokud ano, uveďte datum:		
Byla pracovní neschopnost přiznána v ochranné lhůtě?	<input type="checkbox"/> Ano	
Pokud ano, uveďte datum ukončení pracovního poměru:		
Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – jiná závislá činnost	<input type="checkbox"/> Ano	
Název vykonávané profese:		
Uveďte zemi, ve které jste účastníkem nemocenského pojištění:		
Došlo k datu přiznání pracovní neschopnosti k právnímu jednání směřujícího k ukončení jiné závislé činnosti?	<input type="checkbox"/> Ano	
Došlo v průběhu pracovní neschopnosti k ukončení jiné závislé činnosti?	<input type="checkbox"/> Ano	
Pokud ano, uveďte datum:		
Byla pracovní neschopnost přiznána v ochranné lhůtě?	<input type="checkbox"/> Ano	
Pokud ano, uveďte datum ukončení jiné závislé činnosti:		
Jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské dovolené, studující, nezaměstnaný, vykonávající práci na základě dohody o provedení práce či dohody o pracovní činnosti apod.)	<input type="checkbox"/> Ano	
Specifikujte:		
Od kdy (přesné datum):		

## 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 webových stránkách [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 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 pojišťitele 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 pojištěním, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťitele 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 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.**

## Prohlášení pojištěného

Pojištěný 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

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 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.

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 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 pojištěného 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 pojištěného

## 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.

### Jde-li o úraz:

Uveďte datum a okolnosti jeho vzniku:	
Uveďte datum první návštěvy ošetřujícího lékaře:	
Popište tělesné poškození způsobené úrazem:	
Utrpěl pojištěný úraz stejné části těla již dříve? Pokud ano, kdy:	<input type="checkbox"/> Ano
Šetřila věc policie?	<input type="checkbox"/> Ano

Kdy došlo k prvním příznakům nemoci:	
Popište první příznaky a jejich průběh:	
Léčil se pojištěný pro toto onemocnění již dříve? Pokud ano, kdy:	<input type="checkbox"/> Ano

Neschopen práce od:	Č. dokladu (neschopenky):
Hlavní diagnóza:	Slovy:
Jméno a adresa lékaře, který stanovil hlavní diagnózu (ošetřující lékař):	
Termíny kontrol, na které se pojištěný dostavil k ošetřujícímu lékaři v souvislosti s léčbou hlavní diagnózy:	
Datum propuštění pojištěného z péče ošetřujícího lékaře:	
Jméno a adresa lékaře, který si pojištěného převzal do dalšího ošetřování:	
Termíny kontrol u nového lékaře:	
Bylo pojištěnému vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti pro ČSSZ? Pokud nebylo, uveďte důvod:	<input type="checkbox"/> Ano
Mají návykové látky vliv na vznik pracovní neschopnosti?	<input type="checkbox"/> Ano
Pojištěnému byl/a přiznán/a invalidita:	<input type="checkbox"/> I. stupeň <input type="checkbox"/> II. stupeň <input type="checkbox"/> III. stupeň <input type="checkbox"/> Předčasný důchod <input type="checkbox"/> Starobní důchod <input type="checkbox"/> Změna pracovní schopnosti (Osoba zdravotně znevýhodněná)
Datum přiznání:	
Požádal pojištěný, nebo je v současné době vedeno řízení u ČSSZ o přiznání invalidního důchodu?	<input type="checkbox"/> Ano
Pracovní neschopnost byla způsobena:	<input type="checkbox"/> Pracovním úrazem <input type="checkbox"/> Úrazem zaviněným jinou osobou <input type="checkbox"/> Nemocí z povolání <input type="checkbox"/> Sebepoškozením <input type="checkbox"/> Vlivem alkoholu <input type="checkbox"/> Vlivem toxických látek <input type="checkbox"/> Ostatní

### Část III. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

Neschopen práce od:		
K dnešnímu dni:	pracovní neschopnost trvá.	Datum další kontroly:

Změna diagnózy ode dne:	Nová diagnóza:
Nová diagnóza slovy:	
Léčil se pojištěný pro tuto diagnózu již dříve?	<input type="checkbox"/> Ano
Pokud ano, kdy:	

Změna diagnózy ode dne:	Nová diagnóza:
Nová diagnóza slovy:	
Léčil se pojištěný pro tuto diagnózu již dříve?	<input type="checkbox"/> Ano
Pokud ano, kdy:	

Změna diagnózy ode dne:	Nová diagnóza:
Nová diagnóza slovy:	
Léčil se pojištěný pro tuto diagnózu již dříve?	<input type="checkbox"/> Ano
Pokud ano, kdy:	

Došlo v průběhu léčení ke komplikacím? Popište podrobněji včetně způsobu léčby:
---

Podstoupil pojištěný v souvislosti s léčbou hlavní diagnózy v průběhu pracovní neschopnosti lázeňský pobyt nebo rehabilitaci?	<input type="checkbox"/> Ano
---	------------------------------

Pokud ano, uveďte termín od:	Do:	Místo:
------------------------------	-----	--------

Hospitalizace od:	Do:	V:
-------------------	-----	----

Pracovní neschopnost ukončena dne:	Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu?	<input type="checkbox"/> Ano
------------------------------------	--	------------------------------

Uveďte předchozí pracovní neschopnosti pojištěného za posledních 5 let, včetně uvedení diagnózy a dat počátku a ukončení:
---

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 případech nepravdivých a hrubě zkreslených údajů o rozsahu pojistné události.