



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 pojištěného

- Pokud bude Vaše pracovní neschopnost (PN) trvat minimálně o jeden den více, než je v pojistné smlouvě sjednaná karenční doba, vyplňte po jejím ukončení **část I. a IV.**, o vyplnění **části II. a III.** požádejte Vašeho ošetřujícího lékaře.
- Řádně vyplněný formulář doručte 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.
- V případě předpokladu delší PN a požadavku na postupné pojistné plnění si pořiďte odpovídající počet kopií **první a druhé strany** vyplněného formuláře, a to ještě před potvrzením **části III.** lékařem, abyste formulář mohli dále využít při následných hlášeních o trvání PN nebo za účelem nahlášení jejího ukončení. Na tyto kopie Vám lékař postupně v **části III.** pokračování PN, resp. její ukončení potvrdí. Tato průběžná hlášení nechte potvrdit vždy po dovršení 30 dnů od posledního nároku na pojistné plnění a doručte je obratem na adresu pojistitele. K hlášení přiložte kopii neschopenky, pokud byla vystavena.
- 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.

Číslo všech Vašich smluv s připojištěním pracovní neschopnosti:	
Jméno, příjmení, titul pojištěného:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví: ☐ Muž ☐ 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? 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.

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

Mám trvalý pobyt na území ČR	☐ Ano
Jsem osoba se zdanitelnými příjmy – OSVČ	☐ Ano
Jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské dovolené, studující, nezaměstnaný apod.)	☐ Ano
Specifikujte:	

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 pojištných 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 pojištných 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 seznámí/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.

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>

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 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.

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.

Jméno, příjmení, titul pojištěného:		Rodné číslo:
Neschopen práce od:	Hlavní diagnóza:	Hlavní diagnóza slovy:
Datum kontroly:	Č. dokladu (neschopenky):	
Léčil se pacient pro toto onemocnění nebo úraz již dříve?		☐ Ano
Pokud ano, kdy:		
Bylo OSVČ vystaveno potvrzení pracovní neschopnosti pro ČSSZ?		☐ Ano
Mají návykové látky vliv na vznik pracovní neschopnosti?		☐ 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:		
Pracovní neschopnost byla způsobena:	☐ Pracovním úrazem ☐ Úrazem zaviněným jinou osobou ☐ Nemocí z povolání	

Část III. (VYPLNÍ LÉKAŘ)

K dnešnímu dni: pracovní neschopnost trvá.		Datum další kontroly:
Změna diagnózy ode dne:	Nová diagnóza:	
Nová diagnóza slovy:		
Hospitalizace od:	Do:	V:
Pracovní neschopnost ukončena dne:	Došlo ze strany pojištěného k porušení léčebného režimu? ☐ Ano	
Adresa zdrav. zařízení, telefon:		Razítko a podpis lékaře:
Datum a místo:		

NÁKLADY NA PROVOZ DOMÁCNOSTI – POKYNY K VYPLNĚNÍ ČÁSTI IV.

Prokazatelnými náklady domácnosti jsou **opakované měsíční nebo v jiném pravidelném cyklu hrazené** výdaje, spojené s domácností prvního pojištěného, které první pojištěný hradí ze svého účtu, v hotovosti, poštovní poukázkou nebo formou SIPO. Jsou to zejména: **platby na bydlení, platby za vzdělání a školské služby, pravidelné splátky úvěrů, pravidelné platby pojistného** (životní, penzijní připojištění, POV, HAV, domácnost, odpovědnost apod.)

Před vyplněním tohoto hlášení doporučujeme seznámit se se specifikací jednotlivých výdajů uvedenou v doplňkových pojistných podmínkách (DPP) produktu.

Úhradu prokazatelných nákladů domácnosti musí první pojištěný doložit kopií dokladů o zaplacení vystavených **na jeho jméno**. Pro stanovení výše pojistného plnění vychází pojistitel z dokladů, přiložených k hlášení pojistné události. Pokud není řádně doložen nárok na plnění některého z druhů uplatňovaných nákladů, **nemá pojistitel povinnost tento doklad ugovat** a poskytne pojistné plnění v souladu s DPP dle nároků jednoznačně doložených. Pojistitel při pojistné události může požadovat předložení smluv, dohod či jiných dokladů (např. nájemní smlouvu, smlouvu za podnájem, smlouvu o poskytnutí úvěru či leasingu apod.), na jejichž základě první pojištěný hradí platby uvedené v předchozím odstavci a výhradně za člena společné domácnosti.

V případě, že kdykoliv během období, rozhodného pro stanovení aritmetického průměru pro pojistné plnění, dojde v dané domácnosti k platbě prokazatelných **výdajů s jinou než měsíční frekvencí platby**, zahrne pojistitel do výpočtu odpovídající **aliquótní část tohoto výdaje** (1/3;1/6;1/12). **Pojistník uvede do hlášení částku celkovou a její frekvenci platby.**

V případě, že je pojištěno více osob v jedné společné domácnosti nebo má pojištěný více smluv na **shodné výdaje** této domácnosti, vyplatí pojistitel pojistné plnění podle nároku max. do výše pojistné částky uvedené na jediné smlouvě, a to té nejvyšší. Pokud jsou více smlouvami nebo více pojištěnými pojištěny **různé náklady** jedné domácnosti, vyplatí pojistitel plnění v součtu nároků z jednotlivých pojistných smluv.

Pokud dojde během výplaty pojistného plnění k ukončení platby některého z nárokových výdajů, je pojiistník povinen neprodleně toto oznámit pojistiteli. Pokud bylo po termínu ukončení platby tohoto výdaje pojistné plnění vyplaceno, je pojiistník povinen neoprávněně čerpanou část vrátit. Pojistitel je oprávněn tuto část vymáhat.

Přílohy – kopie dokladů o zaplacení konkrétního výdaje, ze kterých jednoznačně vyplývá o jakou platbu se jedná, kdy bylo zaplaceno a komu. Vždy uveďte plný název příjemce platby. Druh dokladu označte v tabulce – výpis BÚ, SIPO, výdajový blok, poštovní poukázka apod. Pokud SIPO obsahuje jen nárokové platby, stačí uvést jako výdaj SIPO a celkovou částku. V případě, že nárokuje pouze některé položky, запиšte do tabulky každou položku samostatně.

Část IV. (VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ)

Adresa domácnosti:

(vyplňte v případě, že je odlišná od adresy pobytu pojištěného v době pracovní neschopnosti)

Výdaje ve třech celých kalendářních měsících předcházejících vzniku pojistné události (příklad – počátek pracovní neschopnosti tj. pojistná událost nastala 21. 4. 2023 – uveďte do řádků pod sebe částky výdaje placeného za 1., 2. a 3. měsíc 2023, datum jejich platby a odpovídající doklad)					
Název výdaje	Částka (Kč) v jednotlivých měsících	Placeno kdy	Frekvence placení	Komu placeno – společnost	Druh dokladu v příloze

Pokud rozsah tabulky nestačí, použijte samostatný list, který označte č. pojistné smlouvy a podpisem pojištěného. Údaje uveďte ve shodném členění.

Počet příloh:

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.