



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

- Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu je možné uplatnit:
 - nejdříve po dvanácti měsících od úrazu, pokud jsou následky úrazu ustálené,
 - v případě, kdy nedojde k jejich ustálení, je možné na požádání poskytnout zálohu na pojistné plnění, pokud je již znám alespoň minimální rozsah trvalých následků.
- Děti pojištěné v rámci úrazového připojištění dospělého pojištěného: V případě škodní události dítěte, které je připojištěno smlouvou dospělou osobou, doložte kopii **rodného listu** pojištěného dítěte, popř. rozhodnutí soudu o osvojení či rozhodnutí soudu o přidělení dítěte do péče dospělému pojištěnému jako poručníkovi.
- 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.
- Zprávu lékaře (viz níže) předložte k vyplnění odbornému lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci týkající se Vašeho úrazu. Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.
- Vyplněný formulář zašlete na shora uvedenou adresu 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.

Osobní údaje pojištěného

Prosíme o čitelné vyplnění všech údajů. Pokud na níže uvedené dotazy odpovídáte Ano, a dále pro výběr požadované varianty, označte tuto odpověď křížkem. ☒ Nebylo-li vyplněno Ano, platí odpověď Ne.

Číslo všech smluv, ze kterých uplatňujete pojistné plnění:	
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:	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 (je-li pojištěný nezletilý)	
Jméno, příjmení, titul:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž ☐ Žena
Adresa bydliště, telefon:	
Vztah k pojištěnému:	
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

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>

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 / Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění (hlásíte-li škodní událost z cestovního pojištění) / Informace o zpracování osobních údajů v pojištění vozidel (hlásíte-li škodní událost z pojištění vozidel), 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, Informacích o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění či Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění vozidel. 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, Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění či Informace o zpracování osobních údajů v pojištění vozidel, 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 prohlašuje, že všechny údaje uvedl pravdivě a úplně a je si vědom dopadů uvedených 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 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

Prosíme, zajistíte vyplnění Zprávy lékaře!

ZPRÁVA LÉKAŘE

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.

Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, uveďte je na samostatném listu v příloze.

1. Údaje o úrazu

Datum úrazu:	Místo úrazu:
Popis úrazového děje, jak jej uvedl pojištěný:	
Kdy došlo k prvnímu ošetření (uveďte datum, název a adresu zdravotnického zařízení a jméno lékaře):	
Diagnóza tělesného poškození způsobeného úrazem včetně kódu diagnózy podle MKN-10 (V případě, že diagnóza v seznamu není, uveďte diagnózu nejvíce podobnou.):	

2. Anamnéza pojištěného před úrazem

Bylo tělesné poškození způsobeno výlučně uvedeným úrazem? Pokud ano, uveďte, jaké zdravotní potíže se podílely na jeho vzniku:	☐ Ano
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Pokud ano, uveďte, jak a v jakém rozsahu:	☐ Ano
Trpí pojištěný některou ze závažnějších nemocí (např. epilepsie, cukrovka, onemocnění pohybového ústrojí)? Pokud ano, uveďte jakou a odkdy:	☐ Ano
Utrpěl pojištěný před tímto úrazem jiný úraz? Pokud ano, uveďte rok vzniku úrazu, diagnózu, jak byl úraz léčen a jaké následky zanechal:	☐ Ano

3. Léčení úrazu

Popište způsob léčení (u zlomenin, vymknutí a podvrtnutí udejte dobu pevné fixace):		
Kde a kdy byl poraněný hospitalizován?	Od:	Do:
Operace (operační nález – přiložte prosím kopii operačního protokolu):		
Kde byl poraněný léčen? Uveďte název zdravotnických zařízení, jména lékařů a datum od-do:		
Je plánováno další léčení? Uveďte jaké (např. odstranění osteosyntetického materiálu, plastika vazů, rehabilitace):		
Je léčení skončeno?		☐ Ano
Zanechal-li úraz trvalé následky, jsou ustáleny? Pokud nejsou ustáleny, uveďte důvod:		☐ Ano

4. Zjištěné trvalé následky úrazu

Subjektivní potíže udávané pojištěným:	
Objektivní nález (u jizev uveďte jejich podrobný popis – délku v cm, plochu v cm nebo zakreslete na obrázku):	
	

ZPRÁVA LÉKAŘE

Při poranění končetin uveďte:

stupeň poruchy (lehký, střední, těžký), omezení hybnosti (rozsah ve stupních), hypotrofii svalstva, srovnání s druhou končetinou, stabilitu kloubu
HK – při poruše úchopové funkce: kolik cm chybí do úplného sevření, nemožnost natažení, při ztrátových poraněních – přesný popis
(např. ztráta článku z kostí, bez kosti, polovina článku prstu)
DK – délku obou končetin, menisektomii (částečnou, úplnou)

PHK
LHK
PDK
LDK
Pojištěný je pravák nebo levák? ☐ Pravák ☐ Levák
Pojištěnému byla přiznána invalidita: ☐ I. stupeň ☐ II. stupeň ☐ III. stupeň
Datum přiznání:
Adresa zdrav. zařízení, telefon:

V dne

Razítko a podpis lékaře, adresa zdrav. zařízení, telefon

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.