



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.

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.

☐ Úrazové pojištění resp. připojištění

☐ Připojištění zlomenin

Upozornění a pokyny pro pojištěného (zákonného zástupce)

- Právo na pojistné plnění podle ujednání pojistné smlouvy vzniká: za dobu léčení úrazu (denní odškodné), za zlomeniny způsobené jedním úrazovým dějem, trvá-li léčení déle, než je stanovená karenční doba v pojistné smlouvě.
- Vyplňte všechna čísla pojistných smluv, kterými jste pojištěn(a) pro případ úrazu u České podnikatelské pojišťovny, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „ČPP“). Bez uvedení čísel pojistných smluv a podpisu pojištěného (zákonného zástupce) nelze škodní událost vyřídit.
- Ke každému úrazu vyplňte pouze jedno oznámení úrazu.
- Přílohou tohoto oznámení musí být zdravotní dokumentace z celkové doby léčení včetně lékařské zprávy z prvotního ošetření.
- Děti pojištěné v rámci úrazového připojištění dospělého pojištěného: V případě škodní události dítěte, které je připojištěno smlouvou dospělé osoby, 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 ošetřujícího lékaře** (viz dále) předložte k vyplnění lékaři, který má k dispozici lékařskou dokumentaci týkající se Vašeho úrazu. Dovolujeme si Vás upozornit, že náklady spojené s vyplněním tohoto formuláře pojistitel neproplácí.
- Pokud nestačí pro požadované údaje místo v předtištěných rubrikách, použijte samostatného papíru jako přílohy.
- 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 pojistná 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 připojištění, 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.

Počet příloh:

Čísla pojistných smluv:

OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO

Jméno, příjmení, titul:	Rodné číslo:
Nebylo-li rodné číslo přiděleno, vyplňte datum narození a pohlaví:	☐ Muž ☐ Žena
Adresa bydliště:	
Povolání:	Telefon:
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	
Jsem osoba se zdanitelnými příjmy:	☐ OSVČ ☐ V pracovním poměru ☐ Bez zdanitelného příjmu (na mateřské dovolené, studující, nezaměstnaný apod.)
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.

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>

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:	
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	
Telefon:	

ÚDAJE O ÚRAZU (VYPLŇUJE POJIŠTĚNÝ)

Datum úrazu:	Čas:	Místo úrazu:
Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:		
Poraněná část těla:	Byla postižena již před úrazem?	☐ Ano
Vaše zdravotní pojišťovna:		
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře:		
Adresa zdravotnického zařízení ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření úrazu:		
Adresa zdravotnického zařízení ve kterém byl Váš úraz léčen:		
Kdy:		
Došlo k úrazu při výkonu povolání?	☐ Ano	
Jestliže ano, uveďte pracoviště, kde došlo k úrazu, a činnost, kterou jste právě vykonával(a):		
Jste registrovaný sportovec?	☐ Ano	
Pokud ano, pro který sport:		
V jaké soutěži:		
Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti?	☐ Ano	
Pokud ano, uveďte, zda byla organizována a kým:		

VYJÁDRĚNÍ PRÁVNICKÉ OSOBY (POJISTNÍK, ORGANIZÁTOR AKCE APOD.), KTERÁ SJEDNALA POJIŠTĚNÍ VE PROSPĚCH FYZICKÉ OSOBY:

Došlo k úrazu při pojištěné činnosti (pracovní, zájmové, sportovní, odborné apod.)?

☐ Ano

Zpracování osobních údajů

Razítko a podpis právnické osoby

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 / 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 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 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 (zákonný zástupce) 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 reprodukcí 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 (příp. zákonného zástupce)

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.

Prosíme, zajistěte vyplnění Zprávy ošetřujícího lékaře!

ZPRÁVA OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE



Jméno a příjmení pojištěného _____ Rodné číslo _____

Datum _____ hodina úrazu _____

K prvnímu lékařskému ošetření došlo dne _____ hodina _____ Jméno lékaře a adresa zdravotnického zařízení _____

Diagnóza vlastního zranění včetně kódu podle MKN 10 _____

Podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem (např. u zhmožděnin uveďte, zda došlo k poruše funkce postižené části; u rány typ a velikost; u popálenin rozsah a stupeň; u poranění zubů číslo zubu a zda došlo k jeho ztrátě nebo ohrožení vitality; apod.)

RTG nález s popisem nebo jiná speciální vyšetření (CT, MR) - přiložit kopii zprávy nebo vypsát závěry

Popis způsobu léčení (např. u fixace uveďte druh a dobu; rehabilitace od-do, kde; apod.)

Hospitalizace od _____ do _____ kde _____

Operace (datum) - přiložit kopii operačního protokolu _____

Při prodloužení doby léčení uveďte důvody (komplikace od-do)

Celková doba léčení od _____ do _____ Doba prac. neschopnosti od _____ do _____

Vystaveno potvrzení PN č. _____ datum vystavení _____

Příčina úrazu podle pacienta uvedená při prvním ošetření

Odpovídá tělesné poškození okolnostem, které uvedl poškozený? ANO ☐ NE ☐

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena? Pokud ano, uveďte rozsah a v kterém roce došlo k předchozímu poškození ANO ☐ NE ☐

Došlo k úrazu v důsledku požití alkoholu nebo návykových látek nebo byl poškozený v době úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Pokud ano, rozveďte (příznaky, promile alkoholu v krvi, apod.) ANO ☐ NE ☐

Bylo příčinou úrazu sebepoškození? Pokud ano, uveďte podrobnosti ANO ☐ NE ☐

Došlo k úrazu cizím zaviněním? ANO ☐ NE ☐ Byl úraz vyšetřován policií? ANO ☐ NE ☐

Předpokládáte, že úraz zanechá TN? Pokud ano, uveďte jakého pravděpodobného druhu a rozsahu ANO ☐ NE ☐

Jiné sdělení lékaře

Jméno lékaře nebo název a adresa zdrav. zařízení včetně telefonního nebo případně i emailového kontaktu _____ Razítko a podpis lékaře _____

Datum _____ Počet příloh _____ V případě hospitalizace přiložte kopii propouštěcí zprávy