

Oznámení škodné události z pojištění léčebných výloh

Vyplněné oznámení škodné události, včetně dokladů o úhradě nákladů zašlete na adresu:

Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
 P.O.BOX 28, 664 42, Modřice

Číslo pojistné smlouvy:	
Sjednána dne:	
Platnost od:	do:
Místo sjednání pojištění:	

(prezentační razítko)
Číslo škodné události: (vyplní pojišťovna)

POJIŠTĚNÝ (vždy vyplnit)	
Jméno a příjmení pojištěného:	
Titul:	
Rodné číslo (u cizince datum narození):	Telefon:
E-mail pro elektronickou komunikaci:*	
Popř. zákonný zástupce (jméno, příjmení, adresa):	
Adresa:	PSČ:

*E-mail bude použit jen pro tuto škodní událost. Jeho uvedením pojištěný souhlasí s komunikací elektronickou formou.

POPIS ŠKODNÉ UDÁLOSTI (nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je na zvláštním listě)			
Datum vzniku škodné události:	Hodina:	Místo:	Stát:
Uveďte souvisle a podrobně, za jakých okolností k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného došlo:			
Která část těla pojištěného byla poraněna – jak se projevilo onemocnění?			
Trpěl pojištěný již před počátkem pojištění tímto onemocněním?			
Byla kontaktována asistenční služba (kdo, kdy)?			
Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:			
Kde se pojištěný léčil:			
Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení v cizině provedl:			
Dopravu pojištěného do ČR provedl:			
Datum návratu pojištěného do ČR:			
Jméno a adresa ošetřujícího lékaře v ČR:			
Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
V případě odpovědi ANO, uveďte kým byl úraz/onemocnění zaviněno? (jméno, příjmení a kontaktní adresa):			
Uveďte, kdo případ vyšetřoval (název a adresa) a doložte policejním protokolem či jinou zprávou vyšetřujícího orgánu:			

ZÁCHRANA POJIŠTĚNÉHO V TÍSNI	Vyplňte pouze v případě technického zásahu záchranné služby (Horská služba, Námořní záchranná služba apod.)
Druh zásahu:	<input type="checkbox"/> pátrání <input type="checkbox"/> vysvobození <input type="checkbox"/> pozemní přeprava <input type="checkbox"/> letecká přeprava <input type="checkbox"/> přeprava tělesných ostatků
K oznámení škodné události je nutné doložit fakturu:	
Byly náklady uhrazeny? <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, předložte doklad	

Náklady na škodnou událost:

Vzniklé náklady prokazují těmito doklady:

Popis dokladu (účet za léčení, léky, dopravu nebo uveďte ostatní):	Výše nákladů	Měna
Ošetření:		
Léky:		
Doprava:		
Ostatní:		
CELKEM:		
Pojištěný náklady nehradil – úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně:		
Pojištěný náklady uhradil a uplatňuje náhradu nákladů v celkové uhrazené částce a měně:		

Plnění zaslat na (vždy vyplnit)

<input type="checkbox"/> Adresu:	Jméno, příjmení, titul, popř. název firmy:	Obec, ulice, č.p., PSČ:
<input type="checkbox"/> Účet:	Účet číslo:	Majitel účtu: (jméno, příjmení, titul)

Máte uzavřeno další pojištění pro toto pojištění nebezpečí u jiného pojistitele?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
V případě, že ano, u kterého pojistitele?	Číslo pojistné smlouvy:
Jaká rizika jsou předmětem pojištění?	

ZMOCNĚNÍ KE ZJIŠŤOVÁNÍ A OVĚŘOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A ZPROŠTĚNÍ MLČENLIVOSTI

Pojištěný/poškozený 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. Dále pojištěný opravňuje k poskytnutí těchto informací správu sociálního zabezpečení. Pojištěný/poškozený 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.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. 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 neživotním pojištění, který je trvale dostupný na webových stránkách www.cpp.cz v sekci „O SPOLEČNOSTI“.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Berete na vědomí, že jsou-li pro šetření pojistné události nezbytné údaje o zdravotním stavu, zpracovává je pojistitel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to za účelem správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události a za účelem ochrany před neoprávněnými či protiprávními nároky a předcházení podvodům a jejich vyšetřování, zajištění a soupojištění.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, 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, případně poškozeným, správou 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.

Odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží

Pojištěný/á prohlašuje, že na všechny otázky bylo zodpovězeno pravdivě a nic nebylo zamlčeno. Dále prohlašuje, že nárok na pojistné plnění za vzniklou škodu neuplatnil/a u žádného dalšího pojistitele.

Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (ve znění § 210 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, v platném znění).

Počet příloh, které přikládám:

V

Dne

podpis pojištěného (oznamovatele)

Pro potřeby pojišťovny:

Za pojistitele hlášení převzal – čitelně, hůlkovým písmem		
Jméno, příjmení, titul, identifikace – osobní nebo zprostředkovatelské číslo:		
Pracoviště ČPP:	tel:	mobil:
Počet přiložených příloh:	Datum:	Podpis: