ČPP
VIENNA INSURANCE GROUP

Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group,
Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, klientská linka 957 444 555

Prezentační razítko:	Jméno a osobní číslo pracovníka, který oznámení přijal:
	Podpis pracovníka, datum:

Oznámení škodné události

☐ **z pojištění majetku** ☐ **z pojištění odpovědnosti**

POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné smlouvy:

Rodné číslo	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IČO:	Firma/název společnosti:		
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídlo)	☐ Jiný stát než ČR:		PSČ:
Ulice (místo). č. p./č. or.:		Obec – dodací pošta:	
Korespondenční adresa	☐ Jiný stát než ČR:		PSČ:
Ulice (místo). č. p./č. or.:		Obec – dodací pošta:	
Plátce DPH: ☐ Ano ☐ Ne	E-mail, jiný kontakt (komunikace může obsahovat i zdravotní údaje):		Telefon:
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem:			

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

Kdy škodná událost vznikla (den, měsíc, rok, hodina, časový interval)?

Kde škodná událost vznikla (obec, ulice, dům č. p., okres, stát)? PSČ:

Příčina vzniku škodné události – podrobný popis:

Odpovídá někdo za škodnou událost ☐ Ano ☐ Ne ☐ Částečně Kdo:

Byla událost někým šetřena (policie, hasiči, jiné)? ☐ Ano ☐ Ne Adresa a č. j.:

Svědci události (jméno, příjmení, adresa, telefon, mobil, fax, E-mail):

POŠKOZENÝ (týká se pouze pojištění odpovědnosti)

Rodné číslo	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IČ:	Firma/název společnosti:		
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídlo)	☐ Jiný stát než ČR:		PSČ:
Ulice (místo). č. p./č. or.:		Obec – dodací pošta:	
Korespondenční adresa	☐ Jiný stát než ČR:		PSČ:
Ulice (místo). č. p./č. or.:		Obec – dodací pošta:	
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem:			
Plátce DPH: ☐ Ano ☐ Ne	E-mail, jiný kontakt (komunikace může obsahovat i zdravotní údaje):		Telefon:

Je poškozený manželem pojištěného nebo jeho příbuzným v řadě přímé? ☐ Ano ☐ Ne	Žil poškozený v době škodné události ve společné domácnosti s pojištěným? ☐ Ano ☐ Ne	Je poškozený společníkem pojištěného případně osobou společníku blízkou? ☐ Ano ☐ Ne
Uplatnil poškozený nárok na náhradu újmy proti pojištěnému? ☐ Ano ☐ Ne	Pokud ano, uveďte datum kdy:	Považujete nárok na náhradu újmy za oprávněný? ☐ Ano ☐ Ne

Platnou variantu označte křížkem. ☒

ROZSAH ŠKODNÉ UDÁLOSTI

Pol. č.	Popis poškozených, zničených nebo odcizených věcí	Počet kusů	Cena celkem (Kč)	Stáří (roky)	Odhad rozsahu poškození (%)	Výše škody/újmy celkem (Kč)

Výše škody/újmy celkem: **Kč**

Byly poškozeny cizí věci?	☐ Ano	☐ Ne	Je poškozená, zničená nebo odcizená věc předmětem zástavy nebo vinkulace?	☐ Ano	☐ Ne
Bude nebo byl uplatněn nárok na pojistné plnění u jiného pojistitele?	☐ Ano	☐ Ne	Pokud ano, u kterého?		

ÚDAJE O POJISTNÉM PLNĚNÍ

Pojistné plnění má být zasláno
a) na účet

Peněžní ústav:	Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol:

b) poštovní poukázkou na adresu

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Ulice (místo). č. p./č. or.:	Obec – dodací pošta:	PSČ:

Prohlašuji, že veškeré mnou výše uvedené údaje jsou správné a odpovídají skutečnosti.

Datum:

Podpis/razítko firmy

ZMOCNĚNÍ KE ZJIŠŤOVÁNÍ A OVĚŘOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A ZPROŠTĚNÍ MLČENLIVOSTI
Pojištěný/poškozený uděluje v souladu s § 2828, a jde-li o pojištění odpovědnosti v souladu s § 2864, 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/poškozeného; tento souhlas platí i po smrti pojištěného/poškozeného a vztahuje se i na zjištění příčiny jeho smrti. Dále pojištěný/poškozený 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 námitky 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 webové stránce 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, 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 neživotním pojištění.

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.

ÚDAJE O OZNAMOVATELI

☐ Pojistník ☐ Pojištěný ☐ Oprávněná osoba ☐ Jiná osoba

Příjmení:	Jméno:	Telefon:
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídlo):	E-mail, jiný kontakt (komunikace může obsahovat i zdravotní údaje):	

Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu: Česká podnikatelská pojišťovna, a. s., Vienna Insurance Group, P. O.Box 28, 664 42 Modřice