

(prezentační razítko)

## Oznámení škodné události z cestovního pojištění

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**

- Pojištění zavazadel       Pojištění úrazu  
 Pojištění odpovědnosti       Pojištění storna cesty

|                                |     |
|--------------------------------|-----|
| <b>Číslo pojistné smlouvy:</b> |     |
| Sjednána dne:                  |     |
| Platnost od:                   | do: |

|  |
|--|
| <b>Číslo škodné události:</b><br>(vyplní pojišťovna) |
| Místo sjednání pojištění:                            |

(vždy vyplnit)

|   |          |                                       |        |
|---|----------|---------------------------------------|--------|
| <b>Jméno a příjmení pojištěného:</b>              |          |                                       | Titul: |
| Rodné číslo (u cizince datum narození):           | Telefon: | E-mail pro elektronickou komunikaci*: |        |
| Popř. zákonný zástupce (jméno, příjmení, adresa): |          |                                       |        |
| <b>Adresa:</b>                                    |          |                                       | PSČ:   |

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

### INFORMACE O CESTĚ

|   |                      |           |     |
|---|----------------------|-----------|-----|
| Země pobytu:  | Cestovní kancelář:   |           |     |
| Kde bylo pojištění sjednáno:  |                      |           |     |
| Zájezd objednan dne:  | Záloha zaplacen dne: | Pobyt od: | do: |
| Datum úhrady celkové ceny zájezdu:  |                      |           |     |
| Doprava: <input type="checkbox"/> letadlo <input type="checkbox"/> bus <input type="checkbox"/> vlak <input type="checkbox"/> auto <input type="checkbox"/> jiná: |                      |           |     |
| Podrobný popis škodné události (kdy a za jakých okolností k ní došlo):  |                      |           |     |
| .....   |                      |           |     |
| .....   |                      |           |     |

### ČÁST I. – POJIŠTĚNÍ ZAVAZADEL

|   |         |                        |
|---|---------|------------------------|
| <b>Datum vzniku škodné události:</b>  | Hodina: | Místo škodné události: |
| Stav navrácených zavazadel: <input type="checkbox"/> poškození <input type="checkbox"/> zničení <input type="checkbox"/> ztráta <input type="checkbox"/> odcizení |         |                        |
| Kde byly věci uloženy při odcizení z auta:  |         |                        |
| Jaké překážky pachatel překonal:  |         |                        |
| .....   |         |                        |
| Seznam poškozených, zničených, ztracených a odcizených věcí uveďte na straně 4.   |         |                        |

## ČÁST II. – POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI

|   |        |                                       |      |
|---|--------|---------------------------------------|------|
| Datum ŠU:   | Hodina | Místo ŠU                              | Stát |
| Pojištěný (ten, kdo vznik škodní události zapříčinil), jméno:   |        |                                       |      |
| Adresa:   |        |                                       |      |
| R.Č.:   | Tel.:  | U občanů rodinný vztah k pojištěnému: |      |
| Poškozený jméno (název firmy):  |        |                                       |      |
| Adresa:   |        |                                       |      |
| R.Č. nebo IČO:  | Tel.:  | U občanů rodinný vztah k pojištěnému: |      |
| Žije s Vámi ve společné domácnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne  |        |                                       |      |
| Byla-li újma způsobena nezletilým nebo osobou, která není schopna posoudit následky svého jednání, uveďte fyzickou nebo právnickou osobu, která byla povinna vykonávat nad nimi v době vzniku škody dohled: |        |                                       |      |
| Jméno (název firmy):  |        |                                       |      |
| Adresa:   |        |                                       |      |
| Nárok poškozeného – náhrada byla žádána:<br>kým (přesné jméno, název firmy, adresa):  |        |                                       |      |
| Od koho:  |        |                                       |      |
| Kdy (datum, způsob, příp. doložte písemný doklad):  |        |                                       |      |
| V jaké výši (Kč): Považujete požadavek za oprávněný <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, důvod:  |        |                                       |      |
| Byla újma Vámi uhrazena (v jaké výši) <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, Kč nebo vyřízena jinou formou (jakou):  |        |                                       |      |
| Má poškozený sjednáno vlastní pojištění majetku <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne (u kterého pojistitele):   |        |                                       |      |
| Při újmě na zdraví (adresa zdravotního zařízení, kde byl poškozený ošetřen nebo léčen):   |        |                                       |      |
| Rozsah poranění (v případě smrti označení osob vypravujících pohřeb a osob odkázaných na poškozeného výživou – jméno, rodinný vztah, přesná adresa):  |        |                                       |      |
| (případné nákresy uveďte na samostatné příloze)   |        |                                       |      |

## ČÁST III. – POJIŠTĚNÍ ÚRAZU

|   |        |          |      |
|---|--------|----------|------|
| Datum ŠU:   | Hodina | Místo ŠU | Stát |
| Která část těla byla poraněna:  |        |          |      |
| Adresa zdravotnického zařízení:<br>a) které Vám poskytlo první ošetření úrazu:  |        |          |      |
| b) ve kterém byl Váš úraz léčen:  |        |          |      |
| Jste registrovaný sportovec? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, pokud ano, pro který sport   |        |          |      |
| V jaké soutěži?   |        |          |      |
| Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne, pokud ano, uveďte zda byla organizována a kým? |        |          |      |
| Došlo-li k úrazu při dopravě motorovým vozidlem, uveďte jeho SPZ, jméno a adresu vlastníka vozidla:   |        |          |      |
| (k tomuto sdělení přiložte lékařskou zprávu)  |        |          |      |

## ČÁST IV. – POJIŠTĚNÍ STORNA CESTY

|  |                       |     |
|--|-----------------------|-----|
| Identifikace služby (č. zájezdu, letenky apod.):   | Termín od:            | do: |
| Důvod zrušení služby:  |                       |     |
| Datum vzniku důvodu:   | Datum zrušení služby: |     |
| Jména osob rušících službu a jejich rodinný vztah:   |                       |     |
| (pokud byla důvodem storna cesty nemoc, doložte vyplněné lékařské potvrzení viz. strana 4) |                       |     |

**Vyplní poskytovatel služby**

|   |                                 |  |
|---|---------------------------------|--|
| Služba objednána dne:   | Cena služby za osobu:           |  |
| Rozepsání cen služby u více osob:   |                                 |  |
|   |                                 |  |
|   |                                 |  |
| Uhrazená částka:  | datum zrušení služby:           | procento stornopoplatku (% z ceny služby): |
| Poskytovatelem služby vrácena pojištěnému částka ve výši  | Kč (doložit výdajovým dokladem) |  |
| Jména, příjmení a rodná čísla osob rušících objednanou službu   | Výše stornopoplatku za osobu    |  |
|   |                                 |  |
|   |                                 |  |
|   |                                 |  |
|   |                                 |  |
| <b>Celková výše stornopoplatku v Kč:</b>  |                                 |  |
| (K hlášení ŠU připojte kopii dokladu objednané služby – smlouvu o zájezdu, cestovní voucher, letenky, jízdenky, smlouvu na ubytování apod.) |                                 |  |
| V   | Dne                             |  |
|   |                                 |  |
| podpis (razítko) poskytovatele služby   |                                 |  |

**Plnění zaslat na (vždy vyplnit)**

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

**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 pojištění, 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 zproštuje 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 pojištění mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojištěný 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 webové stránce [www.cpp.cz](http://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 pojištěný 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 pojištěný na základě **oprávněného zájmu** pro účely *zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěným, případně poškozeným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojištěného 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 neživotním pojištění.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojištěný také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojištěného 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 prohlašuje, že na všechny otázky bylo zodpovězeno pravdivě a nic nebylo zamlčeno. Pojištěný současně zmocňuje pojištěného, aby za něho případnou škodnou událost a všechny z ní vzniklé události s poškozeným projednal a bude-li to v souladu s právními předpisy újmu za něj poškozenému uhradil. Jsem si vědom(a) následku nesprávných odpovědí, které by mohly být důvodem k odmítnutí nebo snížení pojistného plnění pojištěným. Prohlašuji, že jsem nárok na plnění za vzniklou újmu neuplatnil/a u žádného dalšího pojištěného. 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.

|                              |     |  |
|------------------------------|-----|--|
| V                            | Dne |  |
|                              |     |  |
| podpis (razítko) pojištěného |     |  |

Seznam ostatních poškozených, zničených, ztracených a odcizených věcí:  
(k tomuto seznamu přiložte nabývací doklady)

| Popis věci (značka) | Rozsah škody | Majitel věci | Pořizovací cena | Datum pořízení věci nebo stáří věci |
|---------------------|--------------|--------------|-----------------|-------------------------------------|
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |
|                     |              |              |                 |                                     |

**POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE**

|   |  |  |
|---|--|--|
| Jméno a příjmení:   |  | Rodné číslo u cizince datum narození:                    |
| Kdy začaly zdravotní potíže pojištěné osoby nebo jeho nejbližšího příbuzného? (uveďte datum)  | Kdy jste byl(a) seznámen(a) s tím, že výše uvedená(ý) má čerpat objednanou službu s počátkem od: |  |
| Bylo zřejmé již dne:  |  |  |
| (Viz výše – vznik zdravotních potíží), že onemocnění výše uvedené(ho) bude dlouhodobého charakteru, a že tudíž nebude moci čerpat objednanou službu ve dnech? |  | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Objednanou službu jste doporučil(a) zrušit dne:   |  |  |
| O jaký druh onemocnění popř. diagnózu se jednalo? (se souhlasem pacienta můžete uvést)  |  |  |
| Měl pacient již dříve tyto zdravotní potíže, jež jsou důvodem pro zrušení objednané služby:   |  |  |
| Pokud ano, kdy?   |  | <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |
| Jednalo o onemocnění akutní, chronické, akutní vzplanutí choroby, nebo pouze o zhoršení zdravotního stavu známého již před sjednáním objednané služby dne?    |  |  |
| Mohla se léčba předpokládat již při sjednání objednané služby dne?  |  |  |
| Kdy bylo (bude) ukončeno výše uvedené onemocnění? (uveďte datum)  |  |  |
| * Při rizikovém těhotenství<br>V jakém měsíci gravidity je pojištěná osoba?   |  |  |
| V   | Dne  |  |
| * vyplňte, pokud se týká jen daného případu   |  | podpis (razítko) ošetřujícího lékaře                     |