



Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
Pobřežní 665/23, 186 00 Praha 8, IČ: 63998530, klientská linka: 841 444 555

Adresa pro zasílání korespondence: Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, P.O.BOX 28, 664 42 Modřice

HLÁŠENÍ invalidity

- ☐ **Připojištění invalidity** - č. poj. smluv:
(invalidita II. nebo III. stupně)
- ☐ **Připojištění zproštění od placení** - č. poj. smluv:
(invalidita II. nebo III. stupně)

Hlášení přiznání daného stupně invalidity se vztahuje **pouze na označené riziko**, pojištěné **ve zde uvedených** pojistných smlouvách. **Nevztahuje se** tedy na ostatní pojistné smlouvy pojištěného zde **neuvedené**.

Osobní údaje pojištěného:

Jméno, příjmení:

Rodné číslo:

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Telefon:

Adresa:

ÚDAJE O UDÁLOSTI:

Datum přiznání invalidity od ČSSZ: **II.stupeň** ☐ **III.stupeň** ☐

Příčina vzniku invalidity: ☐ nemoc ☐ úraz

V případě vzniku invalidity v důsledku úrazu:

Datum úrazu: Místo úrazu:

Poraněná část těla: Byla postižena již před úrazem? Ano* Ne*

Jméno, adresa Vašeho praktického lékaře:

Jméno, adresa lékaře, který poskytl podklady posudkové komisi:

Přiložte k žádosti:

- kopii „Rozhodnutí o přiznání daného stupně invalidity“ od ČSSZ
- kopii „Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu“ od ČSSZ
- kopii „Záznamu o jednání“ příslušné správy sociálního zabezpečení s uvedením lékařské zprávy o zdravotním stavu, na jehož základě invalidní důchod přiznává

Bankovní spojení pro zaslání pojistného plnění z pojištění invalidity

Číslo bankovního účtu.....kód banky.....

Prohlášení pojištěného

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně a jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group (dále jen „pojistitel“) zjišťovala pro potřebu šetření pojistné události můj zdravotní stav (zdravotní stav pojištěného) a ověřovala příslušnou zdravotní dokumentaci. Souhlasím s využitím rodného čísla pojištěného pojistitelem pro potřeby identifikace a šetření pojistné události. V souladu s ustanovením § 5 odst. 5 a § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění (dále jen „zákon“), souhlasím se zpracováním a využitím mých (pojištěného) osobních a citlivých údajů o zdravotním stavu. Tento souhlas dávám ve prospěch pojistitele, a to v rámci jeho činnosti v pojišťovnictví po dobu nezbytně nutnou k zajištění výkonu práva a plnění povinností plynoucích z pojistné smlouvy. Informace o zpracovávaných osobních a citlivých údajích bude poskytována v souladu s § 12 zákona a ochrana práv subjektu údajů bude zabezpečena v souladu s § 21 zákona.

V dne

.....
podpis pojistníka

.....
podpis pojištěného (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 trestního zákona.