

Dovolujeme si Vás stručně informovat o zpracování Vašich osobních údajů v naší společnosti při likvidaci pojistné události. Další podrobnosti naleznete na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje nebo Vám je rádi poskytneme na vyžádání ve všech našich obchodních místech.

Kdo je správcem Vašich údajů?

Správcem Vašich osobních údajů je Generali Česká pojišťovna a.s., IČO 452 72 956, se sídlem Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1.

Kdy zpracováváme údaje o Vašem zdravotním stavu?

Údaje o zdravotním stavu budeme zpracovávat, pokud je to nezbytné pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků, tedy zejména pro účely likvidace pojistných událostí. Jste-li pojištěným, pak se zpravidla bez údajů o Vašem zdravotním stavu neobejdeme u likvidace pojistných událostí z pojištění životního, úrazového, pojištění pro případ nemoci, pojištění finančních ztrát či u některých pojistných událostí z cestovního pojištění. Stejně tak budeme zpracovávat údaje o Vašem zdravotním stavu při likvidaci ohlášené pojistné události z pojištění odpovědnosti v případě, kdy Vám (jako poškozenému) byla způsobena újma na zdraví.

Jaké údaje o Vás zpracováváme?

Při likvidaci pojistné události zpracováváme:

- Vaše **identifikační a kontaktní údaje**, ať už vystupujete jako osoba, která pojistnou událost ohlásila, pojistník, pojištěný, poškozený, oprávněná osoba či faktický příjemce pojistného plnění (e-mailová adresa a telefonní číslo nejsou povinné údaje, pokud nám je však poskytnete, bude naše komunikace rychlejší a efektivnější),
- **údaje, které nám v rámci likvidace pojistné události sdělíte** bez ohledu na to, zda komunikace probíhala osobně, písemně, telefonicky či jinak,
- **platební údaje** (např. údaj o zaplaceném nebo dlužném pojistném, číslo účtu pro účely výplaty pojistného plnění apod.),
- **údaje zjištěné v souladu s platnými právními předpisy při šetření pojistné události** (údaje získáváme dle povahy pojistné události, a to vlastním šetřením, ale též od dalších subjektů, např. policie, hasičů, pojištníků, pojištěných, poškozených, oprávněných osob, účastníků či svědků pojistné události, lékařů, ale i z veřejně dostupných zdrojů, seznamů a evidencí).

Potřebujeme ke zpracování osobních údajů Váš zvláštní souhlas?

Váš souhlas ke zpracování osobních údajů při likvidaci pojistných událostí nepotřebujeme.

Proč budeme Vaše údaje zpracovávat?

■ Plnění smlouvy

Zpracování Vašich osobních údajů je nezbytné pro plnění našich povinností vyplývajících z uzavřené pojistné smlouvy, tedy zejména pro likvidaci pojistných událostí včetně případného poskytování asistenčních služeb, bylo-li sjednáno, a pro naši vzájemnou komunikaci ve věci pojistné události.

■ Plnění právní povinnosti

Povinnost zpracovávat Vaše osobní údaje (v různém rozsahu) nám ukládá mnoho právních předpisů. Vaše údaje potřebujeme například při plnění povinností, které nám ukládají předpisy na úseku pojištníhonictví či na úseku opatření proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu. Také jsme povinni poskytnout součinnost soudům, orgánům činným v trestním řízení, správci daně, České národní bance jako orgánu dohledu, exekutorům apod.

■ Ochrana našich oprávněných zájmů či oprávněných zájmů třetí strany

Osobní údaje můžeme v souvislosti s likvidací pojistné události zpracovávat též z důvodu oprávněných zájmů spočívajících:

- ve vyhodnocování a řízení rizik,
- v řízení kvality poskytovaných služeb a vztahů se zákazníky,
- v plnění smluv sjednaných ve Váš prospěch,
- v zajištění a soupojištění,
- ve vnitřních administrativních účelech (např. interní evidence, reporting atp.),
- v ochraně našich právních nároků (např. při vymáhání našich pohledávek souvisejících s pojistnou událostí a uzavřenou pojistnou smlouvou, dále v rámci soudních řízení či řízení před orgány mimosoudního řešení sporů, před Českou národní bankou nebo jinými orgány veřejné moci),
- v prevenci a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání.

Kdo je příjemcem osobních údajů?

Vaše osobní údaje předáváme v odůvodněných případech a pouze v nezbytném rozsahu těmto kategoriím příjemců:

- zajišťovně,
- jiným pojišťovnám v souladu se zákonem za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání, a to i prostřednictvím k tomuto účelu zřízeného systému nebo v případě sjednání soupojištění podle § 2817 občanského zákoníku,
- našim smluvním partnerům, ať už se jedná o další společnosti skupiny Generali nebo mimo ni, např. našim distributorům, asistenčním službám, samostatným likvidátorům pojistných událostí, lékařům, znalcům, smluvním servisům, dodavatelům informačních technologií, poskytovatelům poštovních služeb, call centrům,
- jiným subjektům v případech, kdy nám poskytnutí Vašich údajů ukládají právní předpisy, nebo pokud je to nutné pro ochranu našich oprávněných zájmů (např. soudům, exekutorům atp.),
- v omezeném rozsahu akcionářům v rámci reportingu.

Jak dlouho budou u nás Vaše údaje uloženy?

Vaše osobní údaje zpracováváme po dobu trvání pojistné smlouvy. Po ukončení smluvního vztahu uchováváme Vaše osobní údaje dále po dobu trvání promlčecí doby, kdy je možné uplatnit jakýkoliv nárok z ukončené smlouvy a po dobu jednoho roku po marném uplynutí promlčecí doby jakéhokoliv nároku. Kromě toho zpracováváme Vaše osobní údaje též v případě pokračujícího nebo opakovaného finančního plnění z uzavřené smlouvy (např. renty) a po dobu trvání případných soudních sporů či jiných řízení.

Jaká máte práva?

Máte zejména právo na přístup k osobním údajům, které o Vás zpracováváme, právo na opravu nepřesných či neúplných údajů a právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7, www.uoou.cz. V situacích předvídaných právní úpravou máte dále právo na výmaz osobních údajů, které se Vás týkají, nebo na omezení jejich zpracování, na přenositelnost svých údajů a právo vznést námitku proti zpracování údajů.

Máte právo kdykoli bezplatně vznést námitku proti zpracování Vašich osobních údajů, které provádíme z důvodů našich oprávněných zájmů, včetně profilování.

Jak můžete kontaktovat našeho pověřence pro ochranu osobních údajů?

Našeho pověřence pro ochranu osobních údajů můžete se svými žádostmi, dotazy či stížnostmi kontaktovat na adrese: Generali Česká pojišťovna a.s., oddělení řízení ochrany osobních údajů, Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, dpo@generaliceska.cz.

Oznámení o úrazu

1. pojistná smlouva číslo:

2. pojistná smlouva číslo:

3. pojistná smlouva číslo:

Pečlivě vyplňte tento formulář a přiložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření a další lékařské zprávy o průběhu léčení úrazu.

Nepřehlédněte:

- Při komunikaci s pojišťovnou (v každém sdělení nebo dotazu) je vždy nutné **uvést číslo Vaší pojistné smlouvy**. V případě nejasností či dotazů je Vám k dispozici náš klientský servis 241 114 114.
- Každý úraz nahlaste neprodleně, tj. **do 14 dnů od vzniku úrazu**, a to písemnou formou. Po úrazu ihned vyhledejte lékařskou pomoc a v léčení pokračujte až do jeho skončení. Další práva a povinnosti spojené se vznikem škodní události jsou uvedeny ve všeobecných a zvláštních pojistných podmínkách platných pro Vaši smlouvu.
- Pro posouzení škodní události je nutné předložit všechny doklady, které si pojišťitel vyžádá (např. v případě hospitalizace: kopii propouštěcí zprávy, v případě operace: kopii operačního protokolu, v případě pracovní neschopnosti: kopii dokladu o pracovní neschopnosti (dle platné legislativy).

Pojistník

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

rodné číslo / IČO

ulice

č. popisné/orientační

telefon

obec – část obce

PSČ

e-mail

Identifikace pojistníka podle zákona č. 253/2008 Sb.

průkaz totožnosti pro identifikaci pojistníka (druh, číslo, vydán kým, kdy a doba platnosti)

místo narození pojistníka

Adresa trvalého pobytu (je-li odlišná od výše uvedené adresy)

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

Státní občanství ČR

☐

Jiné

Pojištěný (není-li totožný s pojistníkem)

příjmení, jméno, titul

rodné číslo / datum narození

místo narození

☐

muž

☐

žena

státní občanství ČR

☐

jiné

☐

ulice

č. popisné/orientační

telefon

obec – část obce

PSČ

e-mail

povolání v době úrazu a bližší popis pracovní činnosti

Byl jste v souvislosti s úrazem uznán práce neschopným?

☐

ano

☐

ne

Pokud ano, odkdy:

praktický lékař pojištěného (jméno, adresa, telefon)

Při jaké činnosti k úrazu došlo?

☐

v zaměstnání

☐

v domácnosti

☐

ve volném čase

☐

při dopravní nehodě

při jiné činnosti (uvedte)

Při jakém sportu k úrazu došlo?

V které soutěži?

Jste registrovaným sportovcem?

☐

ano

☐

ne

Pokud ano, odkdy:

datum a hodina úrazu

místo úrazu



Podrobný a přesný popis úrazového děje (jak k úrazu došlo, druh úrazu a poraněná část těla)?

Kdy a kterým lékařem Vám byla poskytnuta první pomoc (jméno, adresa, telefon)?

Orgán Policie ČR (jeho adresa), který provádí vyšetřování (nutno přiložit kopii policejního protokolu):

Ošetřující lékař v době úrazu (jméno, adresa, telefon):

Byl-li jste hospitalizován, uveďte údaje o nemocnici (adresa, oddělení):

1. Nárokujete pojistné plnění také u jiné pojišťovny? ☐ ano ☐ ne U které (název)?
2. Byl jste již před oznamovaným úrazem stížen tělesnou nebo smyslovou nemocí či vadou? ☐ ano ☐ ne Jakou?
3. Pobíráte invalidní důchod? ☐ nepobírám ☐ ano, invalidita I. nebo II. stupně ☐ ano, invalidita III. stupně
☐ Pokud ano, od kterého data?
4. Případné pojistné plnění si přejete poukázat na: ☐ účet číslo účtu kód banky
☐ na adresu

Prohlášení pojistníka / pojištěného

Jsem si vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovídat na všechny dotazy pojistitele a uvést všechny informace, i ty, které se mi jeví jako nepodstatné. Beru na vědomí, že při porušení těchto povinností má pojistitel právo od pojistné smlouvy odstoupit, snížit nebo odmítnout pojistné plnění. Zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení nebo záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodní událostí mohl nahlížet do soudních, policejních, zdravotních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy.

Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a získávat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli uděluji souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji mu poskytnout veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo že jejich poskytnutí zajistím.

Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřujícího lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické dokumentace; dále pojistitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení. Zavazuji se zajistit na výzvu pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod.

Zmocňuji pojistitele k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven a veškerých rozhodujících podkladů v souvislosti se šetřením škodních událostí a výplatou pojistného plnění. Výše uvedené souhlasy a zmocnění se vztahují i na dobu po mé smrti. Beru na vědomí, že pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škodní události, zejména ty, které si pojistitel vyžádá.

Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů potřebných pro šetření škodní události, a to včetně údajů o zdravotním stavu. Beru na vědomí, že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.

Podpisy

Jméno a příjmení pojistníka, je-li jím právnická osoba, pak osoby oprávněné jednat za pojistníka

Jméno a příjmení pojištěného, zákonného zástupce v případě nezletilosti pojištěného

Prohlašuji, že ☐ jsem ☐ nejsem jako zákonný zástupce pojištěné osoby v insolvenčním řízení.

datum

místo

rodné číslo zákonného zástupce nezletilého pojištěného

podpis (otisk razítka organizace, nutné u smluv skupinového úrazového pojištění)

podpis