

Dovolujeme si Vás stručně informovat o zpracování Vašich osobních údajů v naší společnosti při likvidaci pojistné události. Další podrobnosti naleznete na [www.generaliceska.cz](http://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](http://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](mailto:dpo@generaliceska.cz).

1. strana – všeobecné informace pro klienta při oznámení vzniku pracovní neschopnosti
- 2.-3. strana - tiskopis Potvrzení pracovní neschopnosti - **vyplní pojištěný**
4. strana - Potvrzení lékaře - **dokládají pouze osoby, které nemají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění**

## Pokyny pro oznámení škodní události z pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti a doplňkového pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

### Informace k vyplnění tiskopisu

Při vzniku pracovní neschopnosti použijte přiložený tiskopis Potvrzení pracovní neschopnosti, který odešlete na adresu pojistitele: Generali Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, 659 05 Brno, Česká republika.

Upozorňujeme, že vznik pracovní neschopnosti je pojištěný povinen oznámit na tiskopisu pojistitele nejpozději ke dni, od kterého má být sjednaná denní dávka vyplácena.

Dbejte prosím na pečlivé vyplnění všech požadovaných informací. Všechna pole, jako číslo smlouvy a ostatní doplňující údaje, jsou povinné.

Potvrzení pracovní neschopnosti, kterým hlásíte vznik pracovní neschopnosti, si po vyplnění vytiskněte a zašlete na adresu pojistitele.

V případě pokračující pracovní neschopnosti vyplňte a zašlete vždy nový formulář Potvrzení pracovní neschopnosti, a to pravidelně, nejpozději po 1 měsíci trvání pracovní neschopnosti.

**Formulář zasílejte společně s rozhodnutím o dočasné pracovní neschopnosti, kopiemi všech lékařských zpráv a nálezy o průběhu léčby na uvedenou adresu pojistitele.**

**Část potvrzenou lékařem dokládají pouze osoby, které nemají nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění.**

Pokud některé údaje nebudou vyplněny, bude chybějící údaj považován vědomě nezodpovězený dotaz.

### Ostatní informace

- jestliže Vám bylo vystaveno rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti pro správu sociálního zabezpečení, přiložte jeho kopii, včetně kopie ukončení pracovní neschopnosti;
- v případě hospitalizace zašlete pojistiteli kopii propouštěcí zprávy.

## Výňatek z pojistných podmínek pro pojištění denní dávky při pracovní neschopnosti

Pracovní neschopností se rozumí stav, kdy pojištěný v důsledku nemoci nebo úrazu nevykonává ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost, ani nevykonává jakoukoli řídicí nebo kontrolní činnost.

Pojištěnému musí být vystaven doklad o pracovní neschopnosti dle platné legislativy (pokud má pojištěný nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění) nebo doklad pojistitele Potvrzení pracovní neschopnosti - potvrzení lékaře (pokud pojištěný nemá nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění).

Neprokáže-li pojištěný trvání pracovní neschopnosti do 30 dnů od předložení posledního potvrzení o pracovní neschopnosti, je pojistitel oprávněn ukončit výplatu pojistného plnění k datu posledního lékařem potvrzeného ošetření pojištěného.

Pojistitel je oprávněn přezkoumat zdravotní stav pojištěného, a to i prohlídkou příp. vyšetřením u lékaře, kterého pojistitel sám určil. Nepodrobí-li se pojištěný vyšetření ve stanoveném termínu bez náležitého odůvodnění, které je povinen pojistiteli sdělit ještě před termínem vyšetření, je pojistitel oprávněn pojistné plnění přiměřeně snížit. Pokud pojištěný vyšetření odmítne nebo se vyšetřit nenechá, není pojistitel povinen plnit.

**Případné dotazy Vám rádi zodpovíme na lince clientského servisu: 241 114 114**



# Potvrzení pracovní neschopnosti

|                        |                        |                        |
|------------------------|------------------------|------------------------|
| číslo pojistné smlouvy | číslo pojistné smlouvy | číslo pojistné smlouvy |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |

## Vyplní pojištěný

|                                      |                       |                      |
|--------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| příjmení, jméno, titul               | datum narození        | rodné číslo          |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| ulice                                | č. popisné/orientační | telefon              |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| obec – část obce                     | PSČ                   | e-mail               |
| <input type="text"/>                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> zaměstnanec | zaměstnavatel         | zaměstnán jako       |
| <input type="checkbox"/> OSVČ        | IČO, předmět a sídlo  | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nezaměstnán | odkdy – přesné datum  | <input type="text"/> |

Pokud je příčinou pracovní neschopnosti úraz, uveďte podrobný a přesný popis (jak k úrazu došlo, jaké je zranění a jaká část těla je poraněna) – je-li to nutné, využijte prostor na zadní straně

|                      |                             |                           |
|----------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Neschopen práce od:  | Důvod pracovní neschopnosti | Diagnóza (nepovinné pole) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/>      |

Bylo vystaveno rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti pro ČSSZ? ☐ ano ☐ ne

odborný lékař v době léčby / přijetí, jméno a adresa lékaře, kde je zdravotnická dokumentace vedena

Pobíráte invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně? ☐ ne ☐ ano odkdy, stupeň?

Požádal jste ČSSZ nebo je vedeno řízení za účelem přiznání invalidního důchodu? ☐ ne ☐ ano

Hospitalizace: od  do  název nemocničního zařízení, včetně oddělení

Úraz: Byla poraněná část těla postižena již před úrazem? ☐ ne ☐ ano

Nemoc: Léčil jste se již dříve pro toto onemocnění? ☐ ne ☐ ano Kdy bylo onemocnění poprvé diagnostikováno?

Nárokuje pojistné plnění také u jiné pojišťovny? ☐ ne ☐ ano U které (název)?

## Prohlášení pojištěného

Jsem si vědom, že v průběhu pracovní neschopnosti nesmím vykonávat ani v omezené míře žádnou výdělečnou činnost, ani jakoukoli řídicí nebo kontrolní činnost.

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, zhotovovat z nich kopie či výpisy.

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

Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřující 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](http://www.generaliceska.cz) v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů.

Jsem si vědom, že pokud mi bylo vyplaceno pojistné plnění, na které jsem jako pojištěný podle pojistné smlouvy neměl nárok, jsem povinen a zavazuji se pojistné plnění vrátit v plné výši i po zániku pojištění. Totéž platí i pro alikvotní plnění.

### Způsob výplaty pojistného plnění

☐

na účet

číslo účtu / kód banky

☐

poštovní poukázkou

na adresu

### Podpis

**datum**

**místo**

**podpis pojištěného**

# Potvrzení pracovní neschopnosti

**Potvrzení lékaře - předkládejte lékaři pouze v případě, že nemáte nárok na nemocenské dávky podle zákona o nemocenském pojištění**

číslo pojistné smlouvy

číslo pojistné smlouvy

číslo pojistné smlouvy

## Vyplní pojištěný

příjmení, jméno, titul

datum narození

rodné číslo

ulice

č. popisné/orientační

telefon

obec – část obce

PSC

e-mail

## Vyplní lékař

Důvod pracovní neschopnosti

☐ pracovní úraz ☐ úraz zaviněný jinou osobou ☐ vliv alkoholu  % toxických látek ☐ sebepoškození ☐ nemoc z povolání ☐ ostatní

### Diagnóza

Neschopen práce od:

hlavní diagnóza

ostatní diagnózy

slovy

důvod

Bylo vystaveno rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti pro ČSSZ? ☐ ano ☐ ne

1. Popis úrazu (popis včetně data) / První příznaky onemocnění:
2. První lékařské ošetření:
3. Průběh léčby, komplikace:

**Vycházky:** ode dne  od  do  od  do  hod. adresa pojištěného v době trvání pracovní neschopnosti, pokud není totožná s výše uvedenou adresou

Změna vycházek: ode dne  od  do  od  do  hod.

datum ošetření

předpoklad trvání pracovní neschopnosti

schopen práce od

razítko a podpis lékaře

datum příští kontroly