

Dovolujeme si Vás stručně informovat o zpracování Vašich osobních údajů v naší společnosti. 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 můžete být požádán o udělení souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu?

O udělení souhlasu Vás požádáme, jestliže se chcete stát naším klientem u produktů, kde musíme dopředu znát Váš zdravotní stav pro ohodnocení pojistného rizika, přípravné činnosti před sjednáním pojištění nebo jeho změny a pro samotné sjednání pojištění nebo jeho změny. Váš souhlas budeme potřebovat na dobu do sjednání pojištění, resp. do sjednání jeho změny. Svobodně se rozhodněte, zda nám souhlas udělíte. Bez jeho poskytnutí Vám však s ohledem na platnou právní úpravu nebudeme moci připravit nabídku a pojištění nebo jeho změnu sjednat. To se týká těch produktů, kde potřebujeme znát zdravotní údaje ještě před sjednáním pojištění, resp. před sjednáním jeho změny.

Jaké údaje o Vás zpracováváme?

Zpracováváme následující osobní údaje:

- Vaše identifikační a kontaktní údaje (e-mailová adresa a telefonní číslo nejsou povinné údaje; pokud nám je však poskytnete, bude naše komunikace rychlejší a efektivnější),
- údaje o produktech, které máte sjednané,
- údaje z naší vzájemné komunikace (ať už probíhala osobně, písemně, telefonicky či jinak),
- sociodemografické údaje (např. věk, povolání),
- platební údaje (např. údaj o zaplaceném nebo dlužném pojistném, číslo účtu apod.),
- údaje o platební morálce, bonitě a důvěryhodnosti,
- další specifické údaje potřebné k realizaci sjednaného produktu, mezi takové údaje může u některých produktů patřit i údaj o Vašem zdravotním stavu (např. u pojištění životního, úrazového či pojištění pro případ nemoci),
- biometrické údaje obsažené v tzv. biometrickém podpisu (pokud jste se podepisoval/a touto formou).

Lze udělený souhlas se zpracováním údajů o zdravotním stavu odvolat?

Svůj již udělený souhlas můžete odvolat. Odvolání souhlasu nemá vliv na zpracování Vašich údajů po dobu, po kterou byl souhlas platně udělen, ani na zpracování údajů z jiných právních důvodů, pro které není Váš souhlas vyžadován. Po sjednání pojištění, resp. po sjednání jeho změny budeme Vaše údaje o zdravotním stavu zpracovávat výhradně jen v situacích, kde je zpracování nezbytné pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků např. pro účely likvidace pojistných událostí.

V jakých situacích budeme Vaše údaje zpracovávat?

■ Příprava a uzavření smlouvy

Poskytnutí údajů je zcela dobrovolné, pokud nám však nesdělíte údaje nezbytné pro sjednání pojištění, nebudeme moci připravit nabídku pojištění ani s Vámi pojistnou smlouvu (příp. dodatek) uzavřít. Za účelem přípravy nabídky pojistné smlouvy a k jejímu samotnému uzavření potřebujeme nezbytně znát Vaše identifikační údaje v rozsahu jméno, příjmení, rodné číslo (datum narození) a adresa bydliště, v případě fyzické osoby podnikatele též identifikační číslo, bylo-li přiděleno. Můžeme Vás také požádat o poskytnutí dalších potřebných údajů dle charakteru Vámi požadovaného produktu, např. údajů o pojišťovaném majetku či vztazích, povolání, příjmech, rizikovém chování, provozovaných sportech, znalostech a zkušenostech v oblasti investic apod. V případě, že jste pojistnou smlouvu podepsal(a) biometricky, budeme zpracovávat Váš podpis prostřednictvím technologie pro automatické rozpoznávání biometrických prvků, v rámci které jsou jako neoddělitelná součást grafické podoby podpisu zaznamenávány dynamické parametry pohybu ruky.

■ Plnění smlouvy

Zpracování osobních údajů je rovněž nutné pro řádnou správu pojistných smluv včetně jejich změn, likvidaci pojistných událostí, poskytování asistenčních služeb a naší vzájemnou komunikaci. Další údaje, které zpracováváme, souvisejí s tím, jaké produkty využíváte a jaké osobní údaje jste nám sdělil(a) či které jsme zjistili například při likvidaci 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 distribuce pojištění a pojišťovnictví 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 zpracovávat též z důvodu oprávněných zájmů spočívajících:

- ve vyhodnocování a řízení rizik,
- v řízení kvality poskytovaných služeb a vztahů se zákazníky,
- v přípravě nezávazné nabídky či kalkulace výše pojistného, pokud následně nedojde k uzavření smlouvy,
- v přípravě, sjednání a plnění smluv sjednaných ve Vaš prospěch (tato situace se vztahuje na pojištěné a obmyšlené),
- v zajištění a soupojištění,
- ve vnitřních administrativních účelech (např. interní evidence, reporting),
- v ochraně našich právních nároků (např. při vymáhání dlužného pojistného nebo jiných našich pohledávek, dále v rámci soudních řízení či řízení před orgány mimosoudního řešení sporů, před Českou národní bankou či dalšími orgány veřejné moci),
- v prevenci a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání,
- v přímém marketingu (Vaše kontaktní a identifikační údaje v rozsahu jméno, příjmení, adresa, telefonní číslo a e-mailová adresa můžeme zpracovávat i pro účely přímého marketingu naší společnosti, tj. pro zasílání nabídky vlastních produktů a služeb, a to i e-mailem a SMS).

■ Zpracování biometrických údajů

Vaše biometrické údaje můžeme zpracovávat pro účely určení, výkonu nebo obhajoby našich právních nároků spočívajících:

- v určení pravosti biometrického podpisu v rámci soudního, mimosoudního či správního řízení.

Kdo je příjemcem osobních údajů?

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

- zajistitelům,
- 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 (v rámci 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?

V případě, že jsme zpracovávali údaje za účelem nabídky pojištění, ale k uzavření pojistné smlouvy nedošlo, budeme údaje uchovávat po dobu nejméně jednoho roku od poslední komunikace a po dobu trvání promlčecí doby, během které je možné uplatnit jakýkoliv nárok vyplývající z této komunikace. V případě uzavření pojistné smlouvy 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 dále 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, Praha 7, 170 00, www.uoou.cz.

V situacích předvídaných právní úpravou máte dále právo na výmaz osobních údajů, které se Vás týkají, nebo na omezení jejich zpracování; dále máte právo 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, a právo vznést námitku proti zpracování za účelem přímého marketingu 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, Praha 4, 140 00, dpo@generaliceska.cz.

1. pojistná smlouva číslo:

0259492692

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. Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu: **Generali Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 659 05 Brno, nebo e-mailem na adresu: servis.cz@generaliceska.cz.**

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 clientský servis 241 114 114.
- Pro posouzení škodní události je nutné předložit všechny doklady, které si pojistitel 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).

Pojistitel

Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, spisová značka B 1464, IČO: 45272956, DIČ: CZ699001273, generaliceska.cz. Společnost je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS.

Pojištěný

příjmení, jméno, titul

rodné číslo

povolání – oblast podnikání k datu úrazu (pokud je pojištěným dítě, vyplňte dítě; pokud je pojištěným student, vyplňte student)

Adresa pro účely vyřizování této pojistné události:

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

e-mail

(Uvedením e-mailové adresy pojištěný / oprávněná osoba / zákonný zástupce souhlasí pro účely vyřizování této pojistné události s komunikací prostřednictvím tohoto e-mailu.)

telefon

Jste daňovým poplatníkem jiné země než ČR? ano ne Pokud ano, vyplňte: a) stát, jehož jste daňovým poplatníkem b) TIN/DIČ

Údaje o úrazu (Nestačí-li pro požadované údaje místo v předtištěných kolonkách, uveďte je na samostatném listu, který přiložte k tomuto formuláři.)

datum a čas úrazu

místo úrazu

Kód úrazu:

a) typ akce

b) místo

c) činnost

podrobný popis průběhu a okolností úrazu

Došlo k úrazu při výkonu povolání?

 ano ne

poraněná část těla

Byla postižena již před úrazem?

 ano ne

adresa zdravotnického zařízení, které vám poskytlo první ošetření

datum prvního ošetření

adresa zdravotnického zařízení, ve kterém byl váš úraz léčen

název (kód) vaší zdravotní pojišťovny

jméno a adresa vašeho praktického lékaře

Potvrzení členské organizace, že pojištěný je osobou, na kterou se vztahuje pojistná smlouva ČRDM, a že k jeho úrazu došlo při pojištěné činnosti

IČO název organizace, kterou byla činnost organizována (oddíl, kmen, skupina apod.)

IČO název hlavního spolku (V případě, že k úrazu došlo při aktivitách pobočného spolku.)

Při jaké činnosti (např. sportovní, volnočasové) se úraz stal?

Potvrzení vystavil:

příjmení, jméno

telefon

e-mail

datum

podpis osoby, která vystavila potvrzení



Způsob výplaty plnění

Pojistné plnění poukažte na (uvedte pouze jednu z možností):

na účet číslo

kód banky

specifický symbol

na adresu

Zákonný zástupce jako příjemce pojistného plnění pro nezletilou nebo nesvéprávnou osobu

(Jste-li zákonným zástupcem takové osoby, např. rodičem, nebo opatrovníkem, uveďte své jméno a příjmení a níže se podepište.)

Přiložené dokumenty

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> propouštěcí zpráva | <input type="checkbox"/> operační protokol | <input type="checkbox"/> usnesení policie | <input type="checkbox"/> záznam policie nebo jiného státního orgánu o dopravní nehodě |
| <input type="checkbox"/> zdravotní dokumentace | <input type="checkbox"/> fotokopie úmrtního listu | <input type="checkbox"/> pitevní protokol | <input type="checkbox"/> doklad o ohledání mrtvého |
| <input type="checkbox"/> výsledek RTG / CT / MRI vyšetření | <input type="checkbox"/> výpis z matriky | <input type="checkbox"/> jiné | <input type="text"/> |

Prohlášení

Jsem si vědom své povinnosti pravdivě a úplně odpovědět 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 povinností 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

datum

místo

podpis pojištěného / oprávněné osoby

podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný / oprávněná osoba plně svéprávný