

Dovolujeme si Vás stručně informovat o zpracování Vašich osobních údajů v naší společnosti při likvidaci pojistné události. Další podrobnosti naleznete na www.generali.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 Pojišťovna a.s., IČO 61859869, se sídlem Bělehradská 299/132, Vinohrady, 120 00 Praha 2.

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.

Potřebujeme ke zpracování osobních údajů Vaš 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 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 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 Vaš 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:

- 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, 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 Pojišťovna a.s., oddělení řízení ochrany osobních údajů, Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, dpo@generali.cz.

Žádost o pojistné plnění z životního pojištění



Nepřehlédněte:

- Při komunikaci s pojišťovnou (v každém sdělení nebo dotazu) je **vždy nutné uvést číslo Vaší pojistné smlouvy**.
- Každou škodní **událost nahlaste neprodleně a přiložte doklady uvedené v tomto formuláři** pro konkrétní typ pojištění.
- Pro posouzení škodní události si může pojistitel vyžádat další doklady (např. kopii propouštěcí zprávy, kopii pitevního protokolu).
- V případě nejasností či dotazů je Vám k dispozici náš klientský servis 244 188 188.

číslo pojistné smlouvy

Pojistník

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

rodné číslo (příp. IČO) nebo datum narození telefon

Adresa trvalého bydliště (adresa sídla)

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

Pojištěný / Obmyšlená osoba

příjmení, jméno, titul (název právnické osoby)

rodné číslo (příp. IČO) nebo datum narození telefon

Adresa trvalého bydliště (adresa sídla)

ulice

č. popisné/orientační

obec – část obce

PSČ

Žádám o pojistné plnění z (vyberte a zaškrtněte):

datum pojistné události

Pojištění invalidity III. stupně

Pojištění invalidity II. a III. stupně

Pojištění invalidity I., II. a III. stupně

Pojištění závažných onemocnění (viz seznam*)

Pojištění pro případ smrti

Pojištění zproštění od placení pojistného

Pojištění trvalých následků úrazu s plněním od 70 % SI

Pojištění onkologických onemocnění

Pojištění pro případ smrti úrazem / následkem autonehody

Pojištění péče o zdravotně postižené dítě

Doplnkové kombinované pojištění

smrt invalidita závažná onemocnění

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

* Seznam závažných onemocnění:

Alzheimerova choroba a jiné demence způsobené degenerativními změnami v mozkové tkáni, amyotrofiická laterální skleróza, aplastická anémie, bakteriální meningitida, diabetes mellitus I. typu, encefalitida, epilepsie, HIV, hluchota, chirurgický zásah – koronární by-pass, infarkt myokardu, kóma, krvácivá horečka Ebola, mrtvice (cerebrovaskulární příhoda), nezhoubný mozkový nádor, operace aorty, operace srdeční chlopně, paralýza, Parkinsonova nemoc, poliomyelitida (dětská obrna), popáleniny velkého rozsahu, rakovina, revmatická horečka, roztroušená skleróza, ruptura aneurysmatu mozkové tepny, selhání ledvin, slepota, Systemic Lupus Erythematosus, transplantace životně důležitých orgánů, ztráta končetin / ztráta končetin nebo zraku, ztráta řeči

K žádosti přikládám následující doklady (vyberte a zaškrtněte):

U pojištění – invalidity III. stupně, invalidity II. a III. stupně, invalidity I., II. a III. stupně, trvalých následků úrazu s plněním od 70 % SI, zproštění od placení pojistného, péče o zdravotně postižené dítě:

posudek o invaliditě, příp. potvrzení o trvání invalidity

rozhodnutí o přiznání II., III. nebo IV. stupně závislosti pojištěného dítěte

lékařská zpráva (s uvedením diagnózy, pro kterou Vám vznikla invalidita)

potvrzení o přiznání příspěvku na péči

U pojištění – závažných onemocnění, onkologických onemocnění:

lékařská zpráva (s uvedením data stanovení diagnózy)

Uveďte kontakt na odborného lékaře:

U pojištění – pro případ smrti, pro případ smrti úrazem / následkem autonehody:

usnesení policie

úředně ověřená kopie úmrtího listu

lékařská zpráva o příčině úmrtí

vyplněný formulář Identifikace klienta / kontrola klienta – fyzické osoby, resp. Identifikace klienta / kontrola klienta – právnické osoby



Uveďte jméno a adresu notáře, který vyřizuje pozůstalost:

Uveďte ostatní doklady (vypište jmenovitě):

Způsob výplaty pojistného plnění

na účet číslo účtu / kód banky / variabilní symbol / specifický symbol

jiný způsob

Prohlášení pojištěného

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, 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. Beru na vědomí, že odchýlně od všeobecných a zvláštních pojistných podmínek platných pro sjednaný druh pojištění se ujednává: plným invalidním důchodem se rozumí plný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu III. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení, částečným invalidním důchodem se rozumí částečný invalidní důchod a invalidní důchod pro invaliditu II. a I. stupně podle platných předpisů o sociálním zabezpečení.

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.general.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že pojistiteli bezodkladně oznámím případně 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.

Podpis

příjmení, jméno pojištěného / zákonného zástupce v příp. nezletilosti pojištěného / obmyšlené osoby

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

datum

místo

r.č. zákonného zástupce nezletilého pojištěného

podpis