

Jméno a příjmení pojištěného:	Rodné číslo:
Bydliště:	Telefon:
Úvěrová smlouva:	Škodná událost:

Oznámení pojistné události
PRACOVNÍ NESCHOPNOST

část A. VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

Datum čerpání úvěru:	Počátek pracovní neschopnosti:
Ošetřující (praktický) lékař:	
Příjmení, jméno: _____ Telefon: _____	
Adresa: _____ e-mail: _____	
Žádám o výplatu pojistného plnění na bankovní účet:	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
předčísí (je-li uvedeno)	číslo účtu
/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
kód banky	
V souvislosti se vznikem pojištění a šetřením škodné události:	
<ul style="list-style-type: none"> • prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s obsahem pojistné smlouvy č. 19100967/2016 na skupinové pojištění schopnosti splácet hypoteční úvěr sjednané se společností Fio banka, a.s. a souhlasím s pojištěním • souhlasím, aby Generali Česká pojišťovna a.s. získávala a přezkoumávala údaje o mém zdravotním stavu • zprošťuji lékaře, poskytovatele zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny, policii a další orgány činné v trestním řízení povinnosti mlčenlivosti • prohlašuji, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé 	
Datum:	Podpis pojištěného:
Jste-li zaměstnanec , k vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete je do Generali České pojišťovny:	
<ul style="list-style-type: none"> • Kopie řádně vyplněného II. dílu „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ (tzv. státní neschopenky) s vyznačením počátku pracovní neschopnosti, termínu pravidelných kontrol a adresy lékaře • Propouštěcí zpráva z nemocnice (pokud došlo k hospitalizaci) • Zaměstnavatelem potvrzená část B. tohoto formuláře • Lékařem vyplněná část C. tohoto formuláře 	
Jste-li osoba samostatně výdělečně činná , k vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty a odešlete je do Generali České pojišťovny:	
<ul style="list-style-type: none"> • Kopie řádně vyplněného II. dílu „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“ (tzv. státní neschopenky) s vyznačením počátku pracovní neschopnosti, termínu pravidelných kontrol a adresy lékaře (pouze pro nemocensky pojištěné OSVČ) • Propouštěcí zpráva z nemocnice (pokud došlo k hospitalizaci) • Kopie živnostenského listu • Lékařem vyplněná část C. tohoto formuláře 	

Součástí tohoto formuláře je Stručná informace o zpracování osobních údajů při likvidaci pojistné události (viz poslední strana).

POTVRZENÍ O TRVÁNÍ PRACOVNÍHO POMĚRU**část B. VYPLNÍ ZAMĚSTNAVATEL**

Tímto potvrzujeme, že pan/paní: _____

Rodné číslo: _____

je ke dni vystavení tohoto potvrzení zaměstnancem naší firmy s pracovním poměrem na dobu:

- neurčitou
- určitou, pracovní poměr skončí dnem: _____

Ke dni vystavení tohoto potvrzení výpovědní lhůta:

- neběží
- běží, pracovní poměr končí ke dni: _____

Potvrzení je vydáváno v souladu s ustanovením § 314 odst. 2 zákoníku práce s výslovným souhlasem zaměstnance, což zaměstnanec stvrzuje svým podpisem, a je určeno pro pojistitele za účelem šetření a likvidace pojistné události.

Podpis pojištěného:

Datum vystavení:

Razítko a podpis zaměstnavatele:

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA**část C. VYPLNÍ LÉKAŘ****Pacient/ka:**

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Zdravotní stav pacienta/ky:

Počátek pracovní neschopnosti: _____ Práce schopen/na od: _____

Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně): _____

Pracovní neschopnost byla způsobena nemocí úrazem Jde o první záchyt onemocnění nebo úrazu ANO NE Datum prvního záchytu: _____Jde o následky úrazu z minulosti ANO NE Datum vzniku úrazu: _____Došlo během léčení ke změně diagnózy ANO NE Na jakou a kdy _____

Souvisí současná pracovní neschopnost s následujícím onemocněním nebo jeho následky:

- onemocnění páteře ANO NE
- problémy psychického rázu ANO NE

Průběh a způsob léčení:

Komplikace:

Pacient/ka má:

ZPS od _____ diagnóza _____ nebo je v jednání ID od _____ diagnóza _____ nebo je v jednání

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře:

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient/ka).

Stručná informace o zpracování osobních údajů při likvidaci pojistné události

Pojištění poskytuje Generali Česká pojišťovna a.s.

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.

1. Kdo je správcem Vašich osobních 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.

2. Jaké údaje o Vás zpracováváme?

Při likvidaci pojistné události zpracováváme:

- 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, které nám v rámci likvidace pojistné události sdělíte** bez ohledu na to, zda komunikace probíhala osobně, písemně, telefonicky či jinak,
- **platební údaje** (např. číslo účtu pro účely výplaty pojistného plnění),
- **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, lékařů ale i z veřejně dostupných zdrojů, seznamů a evidencí).

3. Kdy zpracováváme údaje o Vašem zdravotním stavu?

Údaje o zdravotním stavu budeme zpracovávat, pokud je to nezbytné pro určení, výkony nebo obhajobu právních nároků, tedy zejména pro účely likvidace pojistných událostí z pojištění pro případ nemoci či z pojištění finančních ztrát.

4. Potřebujeme ke zpracování osobních údajů Vaš zvláštní souhlas?

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

5. Proč budeme Vaše údaje zpracovávat?

• 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 upravující distribuci pojištění a pojištníctví či 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. Pojištní činnost jsme povinni provozovat s odbornou péčí, proto zpracováváme osobní údaje pro řádnou správu pojistné smlouvy, správu pojištění včetně změn, likvidaci pojistných událostí včetně případného poskytování asistenčních služeb, bylo-li sjednáno, a pro naši vzájemnou komunikaci.

• 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 smlouvy ve Váš prospěch,
- ve vnitřních administrativních účelech (např. interní evidence, reporting),
- v ochraně našich právních nároků (např. při vymáhání našich pohledávek souvisejících s pojistnou událostí a sjednaným pojištěním, 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.

6. Kdo je příjemcem osobních údajů?

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

- jiným pojištním v souladu se zákonem za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání, a to i prostřednictvím k tomuto účelu zřízeného systému,
- 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, dodavatelům informačních technologií, poskytovatelům poštovních služeb,
- 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),
- v omezeném rozsahu akcionáři.

7. Jak dlouho budou u nás Vaše údaje uloženy?

Vaše osobní údaje zpracováváme po dobu trvání pojištění. Po ukončení pojištění uchováváme Vaše osobní údaje dále po dobu trvání promlčecí doby, kdy je možné uplatnit jakýkoliv nárok z ukončeného pojištění 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 ze sjednaného pojištění a po dobu trvání případných soudních sporů či jiných řízení.

8. 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.uouu.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.

9. 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.