

| | |
|-------------------------------|-----------------|
| Jméno a příjmení pojištěného: | Rodné číslo: |
| Bydliště: | Telefon: |
| Pojistná smlouva: | Škodná událost: |

Oznámení pojistné události
POJIŠTĚNÍ NÁSLEDNÉ POÚRAZOVÉ PÉČE PO DOPRAVNÍ NEHODĚ

část A. VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

| | |
|---|--|
| Nastal úraz při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE pokud ANO, uveďte RZ: jméno a adresu řidiče: jméno a RČ pojistníka: | |
| Datum a čas úrazu: _____ Místo úrazu: _____ Uveďte prosím podrobně okolnosti, za kterých k úrazu při dopravní nehodě došlo: | |
| Dopravní nehodu vyšetřoval (orgán, adresa): _____ | |
| Která část těla byla poraněna: Byla tato část již před úrazem postižená? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | Adresa zdravotnického zařízení, kde bylo poskytnuto první ošetření: a kdy: a kde jste se dále léčil/a: |
| Ošetřující lékař: Příjmení, jméno: _____ Telefon: _____ Adresa lékaře: _____ e-mail: _____ | |
| 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 obsahující pojištění následné poúrazové péče po dopravní nehodě a souhlasím s pojištěním • prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o zpracování mých osobních údajů • souhlasím, aby Generali Česká pojišťovna a.s. (dále jen „Pojišťovna“) 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 za účelem šetření škodné události • určuji Pojišťovnu jako osobu, která může být informována o mém zdravotním stavu a může nahlížet do mé zdravotnické dokumentace a opravňuji všechny dotazované lékaře, poskytovatele zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny sdělovat údaje o mém zdravotním stavu Pojišťovně • prohlašuji, že mnou uvedené údaje jsou pravdivé | |
| Datum: _____ | Podpis pojištěného: _____ |

Pokud je nyní pojištěnému poskytována akutní péče v nemocnici, vyplňte pouze podbarvenou část A tohoto formuláře.

část B. VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ**Žádám o zajištění následné poúrazové péče spočívající v poskytnutí:**

- léčebně rehabilitační péče a lázeňské léčebně rehabilitační péče (rehabilitace, lázně)
- psychologické (psychiatrické) konzultace a léčby (psychologie)
- vyšetření a ošetření plastickým chirurgem (plastika)

Žádám o poskytnutí náhradního plnění*, tzn. proplacení nákladů na:

- léčebně rehabilitační péči a lázeňskou léčebně rehabilitační péči (rehabilitace, lázně)
- psychologickou (psychiatrickou) konzultaci a léčbu (psychologie)
- vyšetření a ošetření plastickým chirurgem (plastika)

* Náhradní plnění je poskytováno ve výši 70 % doložených nákladů, max. do sjednaného limitu sníženého o náklady vynaložené na medicínského case managera.

Žádám o výplatu náhradního plnění na bankovní účet:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------|--|-----------|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|---|--|--|--|--|
| <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | – | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | / | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| předčísí (je-li uvedeno) | | číslo účtu | | kód banky | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte a odešlete je na adresu Generali České pojišťovny a.s.:
 - **zdravotnickou dokumentaci** k úrazu pojištěného (zejména lékařskou zprávu, konečná propouštěcí zprávu z nemocnice)
 - **protokol policie**, ze kterého bude zřejmé, že pojištěný byl zraněn při dopravní nehodě
 - **lékařem vyplněná část C.** tohoto oznámení
2. Žádáte-li o **poskytnutí náhradního plnění** (proplacení nákladů), přiložte k vyplněnému a podepsanému formuláři a k dokumentům uvedeným v bodě 1. ještě doklady o úhradě nákladů na poskytnutou péči

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

ZPRÁVA O ÚRAZU**část C. VYPLNÍ LÉKAŘ**

| | | | |
|---|---|---|--|
| Pojištěný/á: Příjmení, jméno: | | Rodné číslo: | |
| Specifikace úrazu / následků úrazu: <input type="checkbox"/> Úraz si vyžádal hospitalizaci delší než 21 dnů <input type="checkbox"/> Poranění mozku, míchy a páteře <input type="checkbox"/> Amputace horní nebo dolní končetiny | | <input type="checkbox"/> Zlomenina nebo rozdrčení pánve, kyčelního, ramenního nebo kolenního kloubu, stehenní kosti | <input type="checkbox"/> Rozdrčení čelisti <input type="checkbox"/> Popáleniny 2. nebo vyššího stupně |
| Bližší popis úrazu: | | | |
| První lékařské ošetření (datum, adresa, zdravotnické zařízení, jméno lékaře): | | | |
| Co udal/a pojištěný/á jako příčinu úrazu? | | | |
| RTG (popis): | | | |
| Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně): | | | |
| Způsob léčení: | | | |
| Kde byl/a pojištěný/á hospitalizován/a? | | od | do |
| Operace: | | | |
| Rehabilitace (uveďte formu, délku, kolikrát týdně): | | | |
| Došlo-li k prodloužení doby léčení v důsledku dalších komplikací, uveďte, prosím, z jaké příčiny a o jaké komplikace šlo: | | | |
| Došlo k hnisání? | | od | do |
| Celková doba léčení úrazu: od do | Doba pracovní neschopnosti (resp. u osob, kterým se neschopenka nevystavuje, doba, na kterou by byla vystavena): od do | od | do |
| Rozsah postižení poraněné části těla před úrazem a jeho souvislosti s úrazem: | | | |
| Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem: | | | |
| Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo jiných návykových látek? Jaké byly příznaky? O jaký druh návykové látky pravděpodobně šlo? V krvi bylo zjištěno promile alkoholu. Bylo příčinou úrazu úmyslné sebepoškozování? | | | |
| Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky? Jakého pravděpodobně druhu a rozsahu? | | | |
| Jiná zdravotní sdělení lékaře: | | | |
| Další léčebně rehabilitační péče vhodná: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | | | |
| Dále doporučuji: <input type="checkbox"/> Psychologickou (psychiatrickou) konzultaci či léčbu <input type="checkbox"/> Vyšetření a ošetření plastickým chirurgem | | | |
| Datum vystavení: | | Razítko a podpis lékaře: | |

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný.

Stručná informace o zpracování osobních údajů při likvidaci pojistné události

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.

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 následující osobní údaje:

- Vaše **identifikační a kontaktní údaje**, ať už vystupujete jako pojistník, pojištěný či oprávněná osoba (emailová 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),
- **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, pojistníků, pojištěných, oprávněných osob, 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, 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 pro případ nemoci, pojištění finančních ztrát či pojištění úrazového.

4. Potřebujeme ke zpracování osobních údajů Váš zvláštní souhlas?

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

5. Proč budeme Vaše údaje zpracovávat?

• Plnění smlouvy

Zpracování Vašich osobních údajů, jste-li pojistníkem, 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 upravující pojišťovnictví 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.

• 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),
- 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.

6. 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,
- 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 v rámci reportingu.

7. 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.

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.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.

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 adresu: Generali Česká pojišťovna a.s., oddělení řízení ochrany osobních údajů, Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, dpo@generaliceska.cz.