

V tomto dokumentu bychom Vás rádi stručně seznámili s tím, jak nakládáme s Vašimi osobními údaji při likvidaci pojistné události. 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 pojištěným?

Bez údajů o Vašem zdravotním stavu se neobejdeme u likvidace pojistných událostí z životního, úrazového pojištění, pojištění pro případ nemoci, pojištění finančních ztrát či u některých pojistných událostí z cestovního pojištění.

### ■ Jste poškozeným?

Pokud Vám pojištěný způsobil újmu na zdraví, budeme zpracovávat údaje o Vašem zdravotním stavu při likvidaci oznámené pojistné události z pojištění odpovědnosti pojištěného.

## Jaké údaje o Vás zpracováváme?

Při likvidaci pojistné události zpracováváme:

- Vaše **identifikační a kontaktní údaje**, ať už jste označovatel pojistné události, 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.),
- **další údaje** (údaje nezbytné pro likvidaci pojistné události získáváme vlastním šetřením, ale též od dalších subjektů, např. policie, hasičů, pojistníků, 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 zpracováváme Vaše osobní údaje a co nás k tomu opravňuje?

### ■ Pro plnění smlouvy

Zpracováváme Vaše osobní údaje, abychom splnili své povinnosti ze sjednaných pojištění. Zpracováváme je zejména při likvidaci pojistných událostí, při poskytování sjednaných asistenčních služeb a při vzájemné komunikaci.

### ■ Pro plnění právní povinnosti

Některé právní předpisy nám přímo ukládají povinnost zpracovávat Vaše osobní údaje a vybrané údaje předávat dalším subjektům. Jedná se zejména o 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.

### ■ Pro ochranu našich oprávněných zájmů či oprávněných zájmů třetí strany

Osobní údaje zpracováváme při likvidaci pojistné události též z důvodu těchto oprávněných zájmů:

- vyhodnocování a řízení rizik,
- řízení kvality poskytovaných služeb a vztahů se zákazníky,
- plnění smluv sjednaných ve Váš prospěch,
- zajištění a soupojištění,
- vnitřní administrativní účely (např. interní evidence, reporting),

- ochrana našich právních nároků (např. 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),
- prevence a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání,
- určení, výkon nebo obhajoba právních nároků.

## Dochází k automatizovanému rozhodování?

Ano, někdy u nás dochází k automatizovanému rozhodování, včetně profilování. Profilování používáme, když posuzujeme rizika na základě analýz Vašich údajů, např. jaká je pravděpodobnost vzniku pojistné události. Automatizované procesy můžeme využít i při likvidaci pojistných událostí. Tyto procesy směřují ke zvýšení rychlosti, jednoduchosti a celkově ke zlepšení našich služeb.

## Komu Vaše osobní údaje předáváme?

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

- **naším zajišťitelům a soupojišťitelům,**
- **jiným pojišťovnám** za účelem prevence a odhalování pojistného podvodu a dalšího protiprávního jednání,
- **naším smluvním partnerům,** např. jiným společnostem ze skupiny Generali v rámci outsourcingu, distributorům, asistenčním službám, samostatným likvidátorům pojistných událostí, lékařům, znalcům, smluvním servisům, poskytovatelům poštovních služeb, callcentrům, advokátům,
- **jiným subjektům v případech,** kdy nám právní předpisy ukládají povinnost údaje předat nebo je to nutné pro ochranu našich oprávněných zájmů (např. soudům, exekutorům, Policii ČR, České kanceláři pojistitelů),
- v omezeném rozsahu **akcionářům** v rámci reportingu.

### Předáváme osobní údaje i do zahraničí?

V odůvodněných případech a v nezbytně nutném rozsahu můžeme Vaše osobní údaje předat i do zahraničí, v rámci Evropské unie nebo mimo ni. Může se to týkat také údajů o zdravotním stavu.

## Jak dlouho budou Vaše údaje u nás uloženy?

Vaše osobní údaje zpracováváme po dobu trvání pojistné smlouvy a také po dobu trvání soudních sporů a jiných řízení. Po ukončení smlouvy, soudního sporu či jiného řízení uchováváme Vaše osobní údaje po dobu trvání promlčecí lhůty, kdy je možné uplatnit jakýkoliv nárok z ukončené smlouvy. Uchováváme je maximálně 15 let a dále po dobu 1 roku po marném uplynutí promlčecí lhůty jakéhokoliv nároku s ohledem na ochranu našich právních nároků. Kromě toho zpracováváme Vaše osobní údaje též v případě pokračujícího nebo opakovaného finančního plnění z uzavřené smlouvy (např. při vyplácení pojistného plnění formou renty).

Pokud nám to ukládá právní předpis, archivujeme po zákonem stanovenou dobu dokumenty, v nichž jsou obsaženy Vaše údaje.

## Jaká máte práva v souvislosti se zpracováním osobních údajů?

Máte **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). Za určitých podmínek máte dále **právo na výmaz** osobních údajů, které se Vás týkají, nebo na **omezení jejich zpracování** a na **přenositelnost** svých údajů.

Máte právo kdykoli bezplatně vznést **námítku** proti zpracování Vašich osobních údajů, které provádíme z důvodů našich oprávněných zájmů, včetně profilování. Máte také **právo na přezkoumání automatizovaného rozhodnutí**, které pro Vás mělo podstatné důsledky.

## Jak můžete kontaktovat našeho pověřence pro ochranu osobních údajů?

Našeho pověřence pro ochranu osobních údajů můžete se svými žádostmi a dotazy kontaktovat na adrese: **Generali Česká pojišťovna a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, [dpo@generaliceska.cz](mailto:dpo@generaliceska.cz).**

1. pojistná smlouva číslo:

0266376698

2. pojistná smlouva číslo:

3. pojistná smlouva číslo:

Pro oznámení úrazu pečlivě vyplňte tento formulář. K vyplněnému formuláři přiložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření, případně kopie dalších lékařských zpráv o průběhu léčby úrazu. Přiložením kopií dalších lékařských zpráv výrazně usnadníte vyřízení Vaší pojistné události.

Vyplněný formulář spolu s přílohami můžete zaslat:

- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek [www.generaliceska.cz/klient](http://www.generaliceska.cz/klient)
- poštou na adresu Generali Česká pojišťovna a.s., P. O. BOX 305, 659 05 Brno

## Nepřehlédněte:

- Při komunikaci s námi (v každém sdělení nebo dotazu) vždy uvádějte číslo pojistné smlouvy. Pokud máte nějaké nejasnosti, kontaktujte náš klientský servis na telefonním čísle +420 241 114 114.
- Pro posouzení škodní události musíte předložit všechny doklady, které si vyžádáme (např. kopii propouštěcí zprávy v případě hospitalizace, kopii operačního protokolu v případě operace, nebo kopii dokladu o pracovní neschopnosti v případě pracovní neschopnosti). Vždy podle toho, jak nám udává platná legislativa.

## Pojistitel

**Generali Česká pojišťovna a.s.**, Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, IČO: 452 72 956, DIČ: CZ699001273, je zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, spis. zn. B 1464, člen skupiny Generali, zapsaná v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026. Kontaktní údaje: P. O. BOX 305, 659 05 Brno, [www.generaliceska.cz](http://www.generaliceska.cz)

## 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 (Pokud Vám nestačí místo v kolonkách, uveďte údaje na samostatném listu a přiložte jej 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 ČRDMD, a že k jeho úrazu došlo při pojištěné činnosti**

IČO	název organizace, kterou byla činnost organizována (oddíl, kmen, skupina apod.)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
IČO	název hlavního spolku (V případě, že k úrazu došlo při aktivitách pobočného spolku.)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Při jaké činnosti (např. sportovní, volnočasové) se úraz stal?	<input type="text"/>	
<b>Potvrzení vystavil:</b> příjmení, jméno	telefon	e-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
datum	podpis osoby, která vystavila potvrzení	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Způsob výplaty plnění**

**Pojistné plnění zašlete** (vyberte pouze jednu z možností):

na účet, kterého jsem majitelem nebo spolujmatelem: předčíslí a číslo účtu  kód banky

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.)

**Příložené 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 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 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](http://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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>