

## 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.ceskapojistovna.cz](http://www.ceskapojistovna.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 Česká pojišťovna a.s., IČO 45272956, se sídlem Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1. Pokud jste si v rámci související produktové nabídky sjednal též produkt společnosti Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., IČO 49240749, se sídlem Na Pankráci 1720/123, Nusle, 140 00 Praha 4, jsou obě společnosti společnými správci Vašich osobních údajů.

### 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.

### Jaké údaje zpracováváme?

Při likvidaci pojistné události zpracováváme:

- Vaše **identifikační a kontaktní údaje**, ať už vystupujete jako osoba, která pojistnou událost ohlásila, pojistník, pojištěný, poškozený, oprávněná osoba či faktický příjemce pojistného plnění (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 apod.);
- **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, pojištěníků, 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 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 Váš 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.

## Dochází k plně automatizovanému rozhodování?

---

V rámci povinnosti postupovat obezřetně a pro ochranu našich oprávněných zájmů posuzujeme rizika též na základě analýz Vašich údajů (tzv. profilování), např. jaká je pravděpodobnost vzniku pojistné události apod. V rámci těchto analýz však nikdy nedochází k plně automatizovanému rozhodnutí.

## Kdo je příjemcem osobních údajů?

---

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

- zajišťitelům;
- 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, smluvním servisům, dodavatelům informačních technologií, poskytovatelům poštovních služeb, callcentrům;
- 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 akcionáři 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](http://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?

---

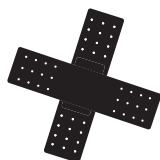
Našeho pověřence pro ochranu osobních údajů můžete se svými žádostmi, dotazy či stížnostmi kontaktovat na adrese: Česká pojišťovna a.s., oddělení řízení ochrany osobních údajů, Na Pankráci 1720/123, Praha 4, [dpo@ceskapojistovna.cz](mailto:dpo@ceskapojistovna.cz).

NAHLÁŠENÍ ÚRAZU JE JEDNODUCHÉ...

# PENÍZE ZA ÚRAZ JIŽ V DOBĚ LÉČENÍ



Úraz

Ošetření  
lékařemNemusíte čekat  
s nahlášením úrazuPeníze ihned  
po stanovení diagnózy

Již po prvním ošetření lékařem nás kontaktujte:

» elektronicky [www.ceskapojistovna.cz](http://www.ceskapojistovna.cz)» telefonicky **241 114 114**

» osobně na kterémkoli obchodním místě

**ČESKÁ POJIŠŤOVNA****PRO OZNÁMENÍ ÚRAZU / ZÁVAŽNÉHO PORANĚNÍ NÁSLEDKEM ÚRAZU FORMOU TOHOTO PAPIŘOVÉHO FORMULÁŘE POSTUPUJTE V SOULADU S NÍŽE UVEDENÝM:**

Formulář můžete vyplnit již po prvním lékařském ošetření. K vyplněnému formuláři přiložte kopii lékařské zprávy z prvního ošetření, případně kopie dalších lékařských zpráv o průběhu léčení úrazu. Přiložením kopií dalších lékařských zpráv výrazně usnadníte vyřízení pojistné události.

**Lékařská zpráva  
z prvního ošetření**razítko  
zdravotnického  
zařízení  
+  
podpis lékaře

- V případě, že máte sjednáno plnění ve variantě **DNL MAX**, přiložte navíc kopii zprávy z kontrolního vyšetření potvrzující konečnou diagnózu.
- V případě, že jste byl(a) pro léčení úrazu **hospitalizován(a)**, přiložte navíc kopii propouštěcí zprávy z hospitalizace.
- V případě, že máte sjednáno plnění za **Závažná poranění následkem úrazu**, přiložte (v souladu s ostatními odrážkami) k oznámení navíc kopie lékařských zpráv, ve kterých jsou definovány diagnózy poranění.
- V případě, že máte sjednáno úrazové pojištění **dítěte nebo je pojištěný zařazen v rizikové skupině JUNIOR („J“) nebo DĚTI A MLÁDEŽ („M“)** a k úrazu došlo ve věku **15-26 let**, přiložte navíc kopii potvrzení o školní docházce/studiu (platí pro pojistné smlouvy sjednané 1. 1. 2014 a později).
- V případě, že máte sjednáno plnění ve variantě **DNL 30**, uplatněte nárok na pojistné plnění nejdříve po uplynutí doby léčení v délce 30 dnů a přiložte kopie lékařských zpráv potvrzující dobu léčení (platí pro pojistné smlouvy sjednané 1. 1. 2014 a později).
- V případě cestovního pojištění přiložte navíc kopii dokladu o sjednaném pojištění.
- Nezbytné údaje týkající se předmětné pojistné události si je pojistitel oprávněn ověřit u příslušného lékaře zraněného nebo u instituce, která přiložené doklady vystavila (popřípadě vyžádat od zraněného).
- Na nákladech souvisejících s vyplněním a doložením lékařských zpráv a ostatních dokladů se Česká pojišťovna a.s. nepodílí.

Výše uvedené dokumenty prosím předejte do České pojišťovny a.s.:

- elektronicky v naskenované podobě prostřednictvím internetových stránek [www.ceskapojistovna.cz/klient](http://www.ceskapojistovna.cz/klient)- osobně na kterémkoli obchodním místě (seznam a adresy najdete na [www.ceskapojistovna.cz](http://www.ceskapojistovna.cz))

- poštou na adresu: Česká pojišťovna a.s., P. O. Box 305, 659 05 Brno

V případě jakýchkoli dotazů se prosím obraťte na pracovníky obchodních míst České pojišťovny a.s. nebo telefonicky na číslo klientského servisu +420 241 114 114.

**Upozornění:** V případě, že Vám vznikne nárok na pojistné plnění, můžete být následně vyzván(a) k identifikaci dle zákona č. 253/2008 Sb.

Upozornění: U políček označte platnou variantu křížkem. 

Číslo pojistných smluv, kterými jste u České pojišťovny a.s. pojištěn(a) pro případ úrazu

Příjmení / Titul

Pohlaví  muž  žena

Jméno

Rodné číslo

Místo narození:

Státní občanství ČR  ANO  Jiné

Vyplňte jen v případě, nebylo-li přiděleno rodné číslo.

Datum narození

Ulice (místo)

Č.p./č.or.

Obec (pošta)

PSČ

Telefon / E-mail

Pojistné plnění poukažte na účet

předčísí účtu

číslo účtu

kód banky

Praktický lékař

Jméno, adresa, telefon

Povolání v době úrazu a bližší popis pracovní činnosti

Byl(a) jste v době úrazu registrovaným sportovcem?

 ANO NE

Uveďte druh sportu a v jaké soutěži

Datum úrazu

Která část těla byla poraněna?

Místo úrazu (obec)

Zdravotnické zařízení, kde probíhala léčba (adresa, telefon)

Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo

U končetin a párových orgánů označte stranu

 PRAVÁ LEVÁ

Jste

 PRAVÁK LEVÁK

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

 ANO NE

Pokud ANO, přiložte zprávu s konečným výsledkem šetření.

Adresa útvaru Policie ČR, který případ šetří

Vyplňte jen v případě, jde-li o úraz osob dopravovaných motorovým vozidlem.

RZ (SPZ)

Pokud jste byl(a) řidičem, měl(a) jste v době úrazu platný řidičský průkaz?

 ANO NE

Skupiny řidičského oprávnění

VYPLŇTE POUZE V PŘÍPADĚ, ŽE LÉČENÍ JIŽ BYLO UKONČENO.

Celková doba léčení

od

do

Zmocňuji tímto pojistitele, aby v souvislosti s výkonem práv a s plněním povinností pojistitele vyplývajících z úrazového/životního pojištění zjišťoval či ověřoval můj zdravotní stav nebo zdravotní stav osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. Šetření je prováděno zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), formou žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, zapůjčení zdravotnické dokumentace, popř. pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace nebo z jiných zápisů, které se ke zdravotnímu stavu vztahují. Zmocnění pro šetření pojistné události uděluji i na dobu po mé smrti či smrti osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. V souvislosti s výše uvedeným zprůšťuji povinnosti mlčenlivosti lékaře, pracovníky zdravotnických zařízení a zdravotní pojišťovny, které pojistitel požádá o uvedené informace. Zavazuji se pro účely šetření pojistné události informovat pojistitele o lékařích a zdravotnických zařízeních, u nichž jsem léčen(a)/byl(a) jsem léčen(a). 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.ceskapojistovna.cz](http://www.ceskapojistovna.cz) v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů. Oznamuji-li událost za dítě, prohlašuji, že jsem způsobilý(a) k právním jednáním v plném rozsahu a nebyl(a) jsem zbaven(a) své rodičovské odpovědnosti. Jsem seznámen(a) se skutečností, že pojistné plnění bude vyplaceno k mým rukám ve prospěch dítěte. Jsem si plně vědom(a) závažnosti tohoto prohlášení a uhradím České pojišťovně a.s. škodu, která by vznikla výplatou pojistného plnění na základě mnou uvedených nepravdivých údajů. Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

V dne Podpis zraněného nebo jeho zákonného zástupce  
(v případě zákonného zástupce uveďte jméno, příjmení, RČ)

\*TC89250000114\*