

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 lékaře: _____ e-mail: _____																																				
Žádám o výplatu pojistného 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> <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																																
<p>V souvislosti se vznikem pojištění a šetřením škodné události:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s obsahem příslušné pojistné smlouvy* a souhlasím s pojištěním • souhlasím, aby Česká pojišťovna ZDRAVÍ 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 <p><i>* Příslušnou pojistnou smlouvou se rozumí v případě:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>pojištění úvěrových splátek pojistná smlouva č. 19100683/2006 na skupinové pojištění dlužníků ze smlouvy o úvěru sjednané se společností Home Credit a.s.</i> - <i>pojištění výdajů PLUS nebo PREMIUM pojistná smlouva č. 19100771/2009 na skupinové pojištění pravidelných výdajů ze spotřebitelských, hotovostních a revolvingových úvěrů a na skupinové pojištění výdajů vzniklých zneužitím kreditní či úvěrové karty, ztrátou dokladů nebo klíčů sjednaná se společností Home Credit a.s.</i> 																																				
Datum:		Podpis pojištěného:																																		
<p>K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte prosím následující dokumenty a odešlete je na adresu ČP ZDRAVÍ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kopie řádně vyplněného II. dílu „Rozhodnutí o vzniku dočasné pracovní neschopnosti“ (tzv. státní neschopenky) s vyznačením počátku pracovní neschopnosti, termínů pravidelných kontrol a adresy lékaře • Propouštěcí zpráva z nemocnice (pokud došlo k hospitalizaci) • Zaměstnavatelem potvrzená příslušná část B. tohoto oznámení (jste-li zaměstnanec), nebo kopie Živnostenského listu (jste-li podnikatel) • Lékařem vyplněná část C. tohoto oznámení 																																				

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 uzavřeným na dobu:

neurčitou

určitou, pracovní poměr skončí dnem _____

Ke dni vystavení tohoto potvrzení výpovědní lhůta:

neběží

běží, pracovní poměr skončí dnem _____

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:**

Příjmení: _____ Jméno: _____

Rodné číslo: _____

Zdravotní stav pacienta/ky:

Počátek pracovní neschopnosti: _____ Práce schopen 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 má:ZPS od _____ diagnóza _____ nebo je v jednání ANO ID od _____ diagnóza _____ nebo je v jednání ANO

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 Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.

Dovolujeme si Vás stručně informovat o zpracování Vašich osobních údajů v naší společnosti. Další podrobnosti naleznete na www.zdravi.cz v sekci Osobní údaje nebo Vám je rádi poskytneme na vyžádání na telefonním čísle 267 222 515 nebo na e-mailu info@zdravi.cz.

1. Kdo je správcem Vašich osobních údajů

Správcem Vašich osobních údajů je Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., IČO 49240749, se sídlem Na Pankráci 1720/123, Nusle, 140 00 Praha 4.

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, pojistníků, 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, výkon 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 Váš 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 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. Pojišťovací 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. 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. V rámci těchto analýz však nikdy nedochází k plně automatizovanému rozhodování.

7. Kdo je příjemcem osobních údajů?

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

- 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.

8. 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.

9. 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 předvidaných 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.

10. 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 ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, dpo@zdravi.cz.