

| | | | |
|-------------------------------|------------------|--------------|--|
| Meno a priezvisko poisteného: | | Rodné číslo: | |
| Bydlisko: | | Telefón: | |
| Úverová zmluva: | Škodová udalosť: | | |

Oznámenie poistnej udalosti
INVALIDITA

časť A. VYPLNÍ POISTENÝ

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| Dátum čerpania úveru: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dátum priznania invalidity: | | Dátum priznania nároku na preukaz ŤZP: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ošetrojúci (praktický) lekár: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Priezvisko, meno: _____ | | Telefón: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresa lekára: _____ | | e-mail: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Žiadam o výplatu poistného plnenia na 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> </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> | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| predčíslenie (ak je uvedené) | | číslo účtu | kód banky | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>V súvislosti so vznikom poistenia a šetrením škodovej udalosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prehlasujem, že som bol/a zoznámený/á s obsahom príslušnej poistnej zmluvy a súhlasím s poistením • súhlasím, aby Česká poisťovňa ZDRAVÍ a.s. získavala a skúmala údaje o mojom zdravotnom stave • zbavujem lekára, poskytovateľov zdravotných služieb, zdravotné poisťovne, políciu a ďalšie orgány činné v trestnom konaní povinnosti mlčanlivosti • prehlasujem, že mnou uvedené údaje sú pravdivé <p>* Príslušnou poistnou zmluvou sa rozumie v prípade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - poistenia úverových splátok poistná zmluva c. 19100694 na skupinové poistenie dlžníkov zo zmluvy o úvere dohodnutom so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s. - poistenia výdavkov (Baličky ŠTANDARD, EASY, PLUS, PREMIUM, BASIC, CLASSIC a EXTRA) poistná zmluva c. 19100826/2009 na skupinové poistenie pravidelných výdavkov zo spotrebiteľských, hotovostných a revolvingových úverov a na skupinové poistenie výdavkov vzniknutých zneužitím kreditnej či úverovej karty, stratou dokladov alebo kľúčov dohodnuté so spoločnosťou Home Credit Slovakia, a.s. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dátum: | | Podpis poisteného: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>K vyplnenému a podpísanému formuláru priložte nasledujúce dokumenty a odošlite ich na kontaktnú adresu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lekárom vyplnená časť B. tohto formulára • Kópia záznamu jednania o posúdení zdravotného stavu poisteného / kópia posudku o poklese pracovnej schopnosti • Kópia rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku • Kópia rozhodnutia o priznaní nároku na preukaz ŤZP (pre Baličky BASIC, CLASSIC, EXTRA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Súčasťou tohto formulára je Stručná informácia o spracovaní osobných údajov pri likvidácii poistnej udalosti (viď posledná strana).

LEKÁRSKA SPRÁVA**časť B. VYPLNÍ LEKÁR****Pacient/ka:**

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____

Zdravotný stav pacienta/ky:**Invalidita** ÁNO NIE *ak ÁNO, ďalej uveďte:*

Invalidita priznaná pre pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

o viac ako 40 % ÁNO NIE od (dátum): _____o viac ako 70 % ÁNO NIE od (dátum): _____

Diagnóza, kvôli ktorej bola invalidita priznaná

(v prípade viacerých diagnóz uveďte ich percentuálny podiel)

Dátum prvého záchytu

choroby/vznik úrazu

Diagnóza 1: _____ Percentuálny podiel: _____

Diagnóza 2: _____ Percentuálny podiel: _____

Diagnóza 3: _____ Percentuálny podiel: _____

Diagnóza 4: _____ Percentuálny podiel: _____

Diagnóza 5: _____ Percentuálny podiel: _____

Preukaz ŤZP ÁNO NIE *ak ÁNO, ďalej uveďte:*

Preukaz ŤZP priznaný od: _____

Preukaz ŤZP priznaný pre: chorobu úraz

Diagnóza (zn. MKN-10 i slovne): _____

Ide o prvý záchyt ochorenia alebo úrazu ÁNO NIE Dátum prvého záchytu: _____Ide o následky úrazu z minulosti ÁNO NIE Dátum vzniku úrazu: _____

Súvisí priznanie preukazu ŤZP s nasledujúcim ochorením alebo jeho následkami:

• ochorenie chrbtice ÁNO NIE

Dátum prvého záchytu: _____ Dátum operácie: _____

• problémy psychického charakteru ÁNO NIE

Dátum vystavenie:

Pečiatka a podpis lekára:

Náklady na vystavenie tohto potvrdenia nesie poistený (pacient/ka).

Stručná informácia o spracovaní osobných údajov pri likvidácii poistnej udalosti

Poistenie poskytuje Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.

Dovoľujeme si Vás stručne informovať o spracovaní Vašich osobných údajov v našej spoločnosti. Ďalšie podrobnosti nájdete na www.zdravi.cz v sekcii Osobné údaje alebo Vám ich radi poskytneme na vyžiadanie na telefónnom čísle 0850 850 150 alebo na e-mailu info@zdravi.cz.

1. Kto je správcom Vašich údajov?

Správcom Vašich osobných údajov je Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., IČO 49240749, so sídlom Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, Česká republika.

2. Aké údaje o Vás spracovávame?

Pri likvidácii poistnej udalosti spracovávame:

- Vaše **identifikačné a kontaktné údaje** (e-mailová adresa a telefónne číslo nie sú povinné údaje; ak nám ich však poskytnete, bude naša komunikácia rýchlejšia a efektívnejšia),
- **údaje, ktoré nám v rámci likvidácie poistnej udalosti oznámite** bez ohľadu na to, či komunikácia prebiehala osobne, písomne, telefonicky či inak,
- **platobné údaje** (napr. číslo účtu na účely výplaty poistného plnenia),
- **údaje zistené v súlade s platnými právnymi predpismi pri šetrení poistnej udalosti** (údaje získavame podľa povahy poistnej udalosti, a to vlastným šetrením, ale tiež od ďalších subjektov, napr. polície, hasičov, poistencov, poistených, lekárov ale aj z verejne dostupných zdrojov, zoznamov a evidenciou).

3. Kedy spracovávame údaje o Vašom zdravotnom stave?

Údaje o zdravotnom stave budeme spracovávať, ak má podstatný význam pre určenie, výkon alebo obranu právnych nárokov, teda najmä na účely likvidácie poistných udalostí z poistenia pre prípad choroby či z poistenia finančných strát.

4. Potrebujeme na spracovanie osobných údajov Vaš osobitný súhlas?

Váš súhlas na spracovanie osobných údajov pri likvidácii poistných udalostí nepotrebujeme.

5. Prečo budeme Vaše údaje spracovávať?

• Plnenie právnej povinnosti

Povinnosť spracovávať Vaše osobné údaje (v rôznom rozsahu) nám ukladá mnoho právnych predpisov. Vaše údaje potrebujeme napríklad pri plnení povinností, ktoré nám ukladajú predpisy upravujúce distribúciu poistenia a poisťovníctva či opatrenia proti legalizácii príjmov z trestnej činnosti a financovaniu terorizmu. Tiež sme povinní poskytnúť súčinnosť súdom, orgánom činným v trestnom konaní, správcovi dane, Českej národnej banke ako orgánu dohľadu, exekútorom pod. Poisťovací činnosť sme povinní prevádzkovať s odbornou starostlivosťou, preto spracovávame osobné údaje pre dobrú správu poistnej zmluvy, správu poistenia vrátane zmien, likvidáciu poistných udalostí vrátane prípadného poskytovanie asistenčných služieb, ak bolo dohodnuté, a pre našu vzájomnú komunikáciu.

• Ochrana našich oprávnených záujmov či oprávnených záujmov tretej strany

Osobné údaje môžeme v súvislosti s likvidáciou poistnej udalosti spracovávať aj z dôvodu oprávnených záujmov spočívajúcich:

- vo vyhodnocovaní a riadení rizík,
- v riadení kvality poskytovaných služieb a vzťahov so zákazníkmi,
- v plnení zmluvy vo Vaš prospech,

- vo vnútorných administratívnych účeloch (napr. interná evidencia, reporting),
- v ochrane našich právnych nárokov (napr. pri vymáhaní našich pohľadávok súvisiacich s poistnou udalosťou a dojednaným poistením, ďalej v rámci súdnych konaní alebo konaní pred orgánmi mimosúdneho riešenia sporov, pred Českou národnou bankou či ďalšími orgánmi verejnej moci),
- v prevencii a odhaľovaní poistného podvodu a ďalšieho protiprávneho jednania.

6. Dochádza k plne automatizovanému rozhodovaniu?

V rámci povinnosti postupovať obozretne a pre ochranu našich oprávnených záujmov posudzujeme riziká tiež na základe analýz Vašich údajov (tzv. profilovanie), napr. aká je pravdepodobnosť vzniku poistnej udalosti. V rámci týchto analýz však nikdy nedochádza k plne automatizovanému rozhodovaniu.

7. Kto je príjemcom osobných údajov?

Vaše osobné údaje odovzdávame v odôvodnených prípadoch a len v nevyhnutnom rozsahu týmto kategóriám príjemcov:

- iným poisťovňami v súlade so zákonom na účely prevencie a odhaľovania poistného podvodu a ďalšieho porušovania, a to aj prostredníctvom na tento účel zriadeného systému,
- našim zmluvným partnerom, či už sa jedná o ďalšie spoločnosti skupiny Generali alebo mimo nej, napr. našim distribútorom, asistenčným službám, samostatným likvidátorom poistných udalostí, lekárom, znalcom, dodávateľom informačných technológií, poskytovateľom poštových služieb,
- iným subjektom v prípadoch, kedy nám poskytnutie Vašich údajov ukladajú právne predpisy, alebo ak je to nutné pre ochranu našich oprávnených záujmov (napr. súdom, exekútorom),
- v obmedzenom rozsahu akcionárom.

8. Ako dlho budú u nás Vaše údaje uložené?

Vaše osobné údaje spracovávame počas trvania poistenia. Po ukončení poistenia uchováваме Vaše osobné údaje ďalej počas trvania premlčacej doby, kedy je možné uplatniť nárok z ukončeného poistenia a ďalej po dobu jedného roka po márnom uplynutí premlčacej doby akéhokoľvek nároku. Okrem toho spracovávame Vaše osobné údaje tiež v prípade pokračujúceho alebo opakovaného finančného plnenia z dohodnutého poistenia a po dobu trvania prípadných súdnych sporov či iných konaní.

9. Aké máte práva?

Máte najmä právo na prístup k osobným údajom, ktoré o Vás spracovávame, právo na opravu nepresných alebo neúplných údajov a právo podať sťažnosť na Úrad pro ochranu osobních údajů, Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7, Česká republika, www.uoou.cz. V situáciách predvídaných právnou úpravou máte ďalej právo na vymazanie osobných údajov, ktoré sa Vás týkajú, alebo na obmedzenie ich spracovanie; na prenosnosť svojich údajov a právo namietať proti spracovaniu údajov. Máte právo kedykoľvek bezplatne namietať proti spracovaniu Vašich osobných údajov, ktoré vykonávame z dôvodov našich oprávnených záujmov, vrátane profilovanie.

10. Ako môžete kontaktovať nášho poverenca pre ochranu osobných údajov?

Nášho poverenca pre ochranu osobných údajov môžete so svojimi žiadosťami, otázkami či sťažnosťami kontaktovať na adrese: Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., Na Pankráci 1720/123, 140 00 Praha 4, Česká republika, dpo@zdravi.cz.