

Prohlášení pojištěného staršího 18 let k Pojistné smlouvě Krátkodobého úrazového pojištění

Č.: _____

Pojišťovna: Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO 452 72 956, DIČ CZ699001273, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1464 a je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS, pod číslem 026.

Údaje o pojištěném:

Příjmení, titul	
Jméno	
Rodné číslo/ Datum narození	

Určení obmyšlené osoby (má právo na pojistné plnění v případě pojistné události spočívající ve smrti pojištěného):

Jméno, příjmení, titul obmyšleného	Datum narození	Místo narození	Podíl (v %)
Adresa bydliště (u cizinců včetně uvedení státu)			

Pokud jsem neurčil obmyšlenou osobu, právo na pojistné plnění v případě mé smrti pojištěného nabývají osoby určené podle ustanovení § 2831 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku ve vztahu k pojištěnému.

Potvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s výše uvedenou pojistnou smlouvou včetně příloh. **Mám zájem a souhlasím se sjednáním Krátkodobého úrazového pojištění.** Beru na vědomí, že své další pojistné potřeby a požadavky mohu řešit sjednáním individuálního pojištění.

Prohlášení pojištěného pro účely zpracování osobních údajů

Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování svých osobních údajů, a o tom, že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje a dále na obchodních místech pojišťovny. Dále se podpisem zavazuji pojišťovně bezodkladně oznámit případné změny mnou sdělených osobních údajů. Zavazuji se, že v tomto rozsahu informuji i obmyšlené osoby.

Prohlášení pojištěného pro účely pojišťovací činnosti a pro účely zmocnění a zproštění mlčenlivosti

Souhlasím, aby pojišťovna zjišťovala údaje o mém zdravotním stavu a příčině smrti a přezkoumávala můj zdravotní stav nebo příčinu smrti. Zároveň v souvislosti s tím:

- za účelem zjišťování mého zdravotního stavu při sjednání nebo změně pojištění a pro případ šetření škodné události zprošťuji státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor, lékaře, zdravotnická zařízení, záchrannou službu a zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení povinnosti mlčenlivosti a zmocňuji pojišťovnu k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě a pořizování výpisů či opisů z ní;
- zmocňuji pojišťovnu, resp. jí pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti se škodnou událostí mohli nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy;
- zmocňuji pojišťovnu, resp. jí pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění;
- se zavazuji informovat pojišťovnu o svých ošetřujících lékařích a mnou využívaných zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojišťovnou požadované zprávy. Dále se zavazuji poskytnout pojišťovně veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu, nebo jejich poskytnutí zajistím;
- se zavazuji zajistit na výzvu pojišťovny bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění.

Výše uvedená zmocnění a zproštění mlčenlivosti uděluji i na dobu po mé smrti.

Místo a datum podpisu Prohlášení pojištěného

Podpis pojištěného