

do HVP a.s. doručeno dne, hodina, podpis

číslo škody

archivní číslo

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - SH ČMS ÚRAZ

Chcete-li uplatnit právo na plnění z pojistné smlouvy, vyplňte tento dotazník a odešlete pojišťovně. V případě nedostatku místa připojte další list.

Pojistná smlouva číslo: 0500-932-083 **(Bez uvedení čísla pojistné smlouvy nelze vyřídit.)****Pojištěný jméno a příjmení** (osoba, která utrpěla úraz):**Adresa** (ulice, obec, PSČ):**Rodné číslo:** **telefon:** **e-mail:****Bankovní spojení:** **VS / SS:****Datum události, den/měsíc/rok:** **hod.:****Místo události:****Poškozená část těla / k jakému poškození došlo:****Příčina pojistné události** (Stručně a výstižně uveďte způsob a okolnosti události. Ověřenou kopii úmrtního listu, potvrzení policie nebo svědka, kopii dílčí zprávy o zásahu, případně další dokumenty připojte formou přílohy.)**Číslo členského průkazu SH ČMS pojištěného:** **název SDH:**Potvrzujeme, že činnost, při které pojistná událost nastala,
byla organizována, plánována, nařízena tak, jak bylo popsáno:_____
razítko organizační jednotky SH ČMS a podpis
statutárního zástupce**Pojištěný prohlašuje, že** (nehodící škrtněte, případně doplňte):

- **Není / je pojistné plnění vinkulováno** ve prospěch třetích osob
- **Jsou / nejsou vyrovnány veškeré nároky** vůči pojišťovně, pokud ne jaké
- **Byl předem poučen o svých právech a povinnostech** v souvislosti s šetřením události.
- **Uděluje pojišťovně souhlas**, aby pojišťovna požadovala a získávala údaje o jeho zdravotním stavu a zjišťovala a přezkoumávala jeho zdravotní stav nebo příčiny jeho smrti, a to jsou-li pro to důvody související s šetřením pojistné události. Uvedené údaje může pojišťovna zjišťovat zejména od jakékoliv osoby, poskytovatele zdravotních služeb nebo zdravotní pojišťovny, a to i po smrti pojištěného. Uvedené zjišťování může pojišťovna provádět i na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných osobou provozující zdravotnické zařízení, kterou pojišťovna pověřila, od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením
- **Zprošťuje mlčenlivosti jakéhokoliv poskytovatele zdravotních služeb**, a to ve vztahu k pojišťovně. Poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn poskytovat pojišťovně údaje a předávat jí dokumenty v rozsahu, v jakém je pojišťovna oprávněna tyto údaje či dokumenty požadovat dle předchozího odstavce. Poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn poskytovat pojišťovně i takové informace, které se pacientovi nesdělují (např. informace, které se nesdělují pacientovi, který v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytované informace vůbec vnímat).

- **Bere na vědomí, že pojišťovna zpracovává osobní údaje pojištěného**, přičemž toto zpracování je nezbytné pro splnění pojistné smlouvy a pro účely oprávněných zájmů pojišťovny (zpracování je nezbytné k výkonu pojišťovací činnosti pojišťovny, bez poskytnutí osobních údajů by pojišťovna nebyla schopna spravovat pojistnou smlouvu, likvidovat pojistné události a vyplácet pojistná plnění). Zpracování je prováděno za účelem plnění závazků z pojistné smlouvy, šetření pojistné události, poskytování plnění z pojistných smluv, správa a ukončení pojistné smlouvy, prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, ochrana práv a právem chráněných zájmů pojišťovny.
- **Bere na vědomí, že pojišťovna zpracovává zvláštní kategorii osobních údajů** (údaje o zdravotním stavu a genetické údaje) pojištěného, a to v souladu s článkem 9 odst. 2 písm. f) Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) - zpracování nezbytné pro určení, výkon nebo obhajobu právních nároků. Toto zpracování je prováděno za účelem plnění závazků z pojistné smlouvy, šetření pojistné události, poskytování plnění z pojistných smluv, správa a ukončení pojistné smlouvy, prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, ochrana práv a právem chráněných zájmů pojišťovny.
- **Bere na vědomí, že další informace o zpracování osobních údajů jsou uvedeny** v Zásadách ochrany osobních a dalších zpracovávaných údajů, které jsou dostupné na webových stránkách pojišťovny www.hvp.cz/o-spolecnosti/gdpr-ochrana-osobnich-udaju.

V:

dne:

.....
Podpis pojištěného / pojistníka