

Prohlášení pojištěného k Pojistné smlouvě Krátkodobého úrazového pojištění dospělých osob (podle sazby KÚD) č.: 3168821418

Údaje o pojištěném:

Příjmení, titul	
Jméno	
Rodné číslo/ Datum narození	

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

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

Nebude-li obmyšlená osoba určena, právo na pojistné plnění v případě smrti pojištěného nabývají osoby určené podle ustanovení § 2831 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku ve vztahu k pojištěnému.

Prohlášení pojištěného pro účely zpracování osobních údajů

Níže připojeným podpisem jako pojištěný 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 pojistitele. Dále se podpisem zavazuji pojistiteli bezodkladně oznámit případné změny mnou sdělených osobních údajů. Zavazuji se, že v tomto rozsahu informuji i obmyšlené osoby.

Prohlášení pojištěného pro účely pojišťovací činnosti, činností přímo vyplývajících z této činnosti, dalších souvisejících činností a pro účely zmocnění a zproštění mlčenlivosti

Níže připojeným podpisem jako pojištěný ve smyslu § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, výslovně souhlasím, aby pojistitel zjišťoval údaje o mém zdravotním stavu a příčině smrti a přezkoumával 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 pojistitele k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o mé osobě a pořizování výpisů či opisů z ní;
- zmocňuji pojistitele, resp. jím 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 pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti s šetřením škodných událostí a s výplatou pojistných plnění;
- se zavazuji informovat pojistitele o svých ošetřujících lékařích a mnou využívaných zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojistitelem požadované zprávy. Dále se zavazuji poskytnout pojistiteli 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 pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která mi byla poskytnuta lékaři a zdravotnickými zařízeními z veřejného zdravotního pojištění.

Příčemž výše uvedená zmocnění a zproštění mlčenlivosti uděluji i ve vztahu k dříve sjednaným pojištěním, a to i na dobu po mé smrti nebo po zániku pojistníka, je-li právnickou osobou.

Uděluji pojistníkovi souhlas

- ke sjednání pojištění týkajícího se mé osoby

Uděluji pojistiteli souhlas

- k informování pojistníka o výsledku šetření mých pojistných událostí, a to včetně informace o výši pojistného plnění a data ukončení šetření pojistné události.

Místo a datum podpisu

Podpis pojištěného