

Prohlášení zákonného zástupce pojištěného k Pojistné smlouvě Krátkodobého úrazového pojištění dětí a mládeže (podle sazby KÚM) č.: 3168821418

Údaje o pojištěném:

Příjmení, titul	
Jméno	
Rodné číslo/ Datum narození	

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 zákonného zástupce pojištěného pro účely zpracování osobních údajů

Níže připojeným podpisem jako zákonný zástupce pojištěného prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů pojištěného, 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 sdělených osobních údajů o pojištěném.

Prohlášení zákonného zástupce 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 zákonný zástupce pojištěného ve smyslu § 2828 zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, výslovně souhlasím, aby pojistitel zjišťoval údaje o zdravotním stavu pojištěného a příčině smrti a přezkoumával zdravotní stav nebo příčinu smrti pojištěného. 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 osobě pojištěného 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 ošetřujících lékařích pojištěného a pojištěným využívaných zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojistitelem požadované zprávy. Dále se zavazuji poskytnout pojistiteli veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o osobě pojištěného a v jiných zápisech, které se vztahují k zdravotnímu stavu pojištěného, nebo jejich poskytnutí zajistím;
- se zavazuji zajistit na výzvu pojistitele bezodkladně veškeré informace o zdravotní péči, která byla pojištěnému 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 smrti pojištěného nebo po zániku pojistníka, je-li právníčkou osobou.

Udělují pojistníkovi souhlas

- ke sjednání pojištění týkajícího se mé osoby

Udělují pojistiteli souhlas

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

Místo a datum podpisu

Podpis zákonného zástupce pojištěného