

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – INVALIDITA III. STUPNĚ POJIŠTĚNÉHO

Pojištěný (jméno a příjmení):		
Datum narození:	Rodné číslo:	
Název společnosti, u které máte uzavřenu smlouvu/vydání platební kartu, v rámci které máte sjednáno pojištění schopnosti splácet (dále jen „pojistník“):		
Číslo smlouvy/karty, ke které máte uzavřeno pojištění invalidity III. stupně:		
Datum vzniku pojistné události = uveďte přesné datum (den, měsíc, rok), od kterého jste ČSSZ uznán/a invalidním:		
Byl Vám v minulosti přiznán invalidní důchod?	ANO ☐	NE ☐
Pokud ano, jaký?	PLNÝ ☐	ČÁSTEČNÝ ☐
1. STUPNĚ ☐ 2. STUPNĚ ☐ 3. STUPNĚ ☐		
Od kdy Vám byl invalidní důchod přiznán (den, měsíc a rok)?		
V případě, že Vám byl invalidní důchod odebrán, uveďte datum kdy (den, měsíc a rok):		
Adresa ošetřujícího (praktického) lékaře (jméno, adresa, telefonní spojení):		
Adresa Policie ČR nebo v zahraničí a číslo jednacího spisu (prosíme vyplnit v případě, že se jednalo o dopravní nehodu, popř. událost, kterou šetřila policie):		
Vaše kontaktní adresa:		
Telefon:	E-mail:	
Číslo Vašeho bankovního účtu pro příp. výplatu pojistného plnění: (prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčísli a směrového kódu banky)		

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu **BNP Paribas Cardif Pojišťovny, a. s.**, spolu s následujícími dokumenty:

- kopie smlouvy (kompletní znění), ke které máte uzavřeno pojištění invalidity III. stupně, včetně přihlášky k pojištění
- kopie Rozhodnutí o přiznání invalidity III. stupně vystaveného Českou správou sociálního zabezpečení s vyznačeným datem, od kterého Vám byla invalidita III. stupně přiznána
- vyplněný lékařský dotazník (formulář příložen)
- kopie Posudku o invaliditě vystaveného Okresní správou sociálního zabezpečení
- kopie Usnesení Policie ČR (Protokolu Police ČR), nebo zahraniční policie s ověřeným překladem (doložit v případě, že invalidní důchod III. stupně byl přiznán v souvislosti s dopravní nehodou, popř. jinou událostí, kterou šetřila policie)

Prohlašuji, že mnou poskytnuté informace v Oznámení pojistné události jsou úplné a pravdivé. Prohlašuji dále, že jsem při sjednání pojištění pro případ invalidity III. stupně byl/a seznámen/a a souhlasím s rámcovou pojistnou smlouvou uzavřenou mezi BNP Paribas Cardif Pojišťovnou, a. s., IČO 25080954 a pojistníkem, včetně příslušných všeobecných pojistných podmínek. Vyslovením souhlasu s rámcovou pojistnou smlouvou a podpisem tohoto Oznámení pojistné události současně uděluji výslovný souhlas pojistiteli v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon“), aby moje osobní údaje sdělené pojistiteli nebo pojistníkovi, včetně údajů citlivých o mém zdravotním stavu, byly pojistitelem zpracovány v rámci jeho pojišťovací činnosti a činností souvisejících, jakož i k plnění práv a povinností ze závazkového vztahu a právních předpisů a k ochraně práv a oprávněných zájmů pojistitele, a to po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu zpracování. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ust. § 11 a 21 Zákona řádně informován/a o zpracování svých osobních údajů, jakož i o svých právech a povinnostech správce a zpracovatelů vyplývajících ze Zákona. Osobní údaje bude zpracovávat pojistitel jako správce, pojistník jako zpracovatel nebo jiný osoba pověřená zpracováním v souladu se Zákonem. Zároveň souhlasím, aby data uvedená v tomto Oznámení nebo sdělená pojistiteli nebo pojistníkovi v souvislosti s pojištěním, byla v souvislosti s uzavřením pojištěním předávána pojistiteli a pojistníkovi prostřednictvím faxu, el. pošty a PC médií, popř. jinými způsoby umožňujícími bezpečný přenos datových, textových, hlasových a obrazových zpráv, a aby mi těmito způsoby byly zasílány informace týkající se mého vztahu s pojistitelem a pojistníkem. Osobní údaje jsou poskytnuty dobrovolně, ale jejich poskytnutí je nezbytné pro šetření a likvidaci pojistné události. Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti kdykoliv svůj souhlas se zpracováním osobních údajů a mém zdravotním stavu odvolat. Zároveň však beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů a údajů o zdravotním stavu je nezbytné pro plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy, jakož i pro plnění povinností a výkon práv z jiných právních předpisů. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu pojistitel dále neprovádí šetření a likvidaci pojistných událostí a výplatu pojistných plnění. Podpisem tohoto Oznámení pojistné události dále uděluji výslovný souhlas, aby pojistitel a/nebo jím pověřený poskytovatel zdravotních služeb (zdravotnická zařízení) vyžadovali, získávali a zpracovávali údaje a informace o mém zdravotním stavu, jakož i zdravotnickou dokumentaci od kteréhokoliv poskytovatele zdravotních služeb (který mi poskytoval zdravotní služby) a tímto také tyto poskytovatele v souladu s ust. § 51 odst. 2, písm. b) zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění, zprůšťuji výslovně mlčenlivosti a autorizuji je k poskytování informací o mém zdravotním stavu, jakož i k poskytování zdravotní dokumentace, a to vše i v období po mé smrti; dále tímto zmocňuji pojistitele k nahlížení do spisů a pořizování jejich kopií a výpisů u orgánů státní správy a samosprávy a dalších subjektů, týkajících se události, jež by mohly být posouzeny jako pojistná událost. Dále souhlasím s tím, že případné pojistné plnění bude poukázáno přímo pojistníkovi, pokud je dle rámcové pojistné smlouvy oprávněnou osobou, na úhradu mých závazků vyplývajících ze závazkového vztahu s pojistníkem, ke kterému mám sjednáno pojištění pro případ invalidity III. stupně nebo na výše uvedené bankovní spojení.

V.....

dne.....

Podpis oznamovatele:.....