

## FORMULÁŘ OZNÁMENÍ ŠKODY - CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ NA ZAHRANIČNÍ PRACOVNÍ CESTY

### Údaje o pojistníkovi:

Jméno pojistníka			
IČ:		Číslo pojistné smlouvy:	

### Údaje o pojištěném:

Jméno, příjmení, titul	
Kontaktní adresa	
Telefon/ E-mail:	
Datum narození	

### Druh škody:

<input type="checkbox"/> léčebné výlohy & asistenční služby	<input type="checkbox"/> zpoždění letu	<input type="checkbox"/> úraz (trvalé následky, smrt)
<input type="checkbox"/> poškození zavazadel a věcí osobní potřeby	<input type="checkbox"/> právní pomoc a kauce	<input type="checkbox"/> odpovědnost za škody
<input type="checkbox"/> zpoždění zavazadel	<input type="checkbox"/> zrušení cesty	<input type="checkbox"/> únos dopravního prostředku
<input type="checkbox"/> jiná _____		

Počátek cesty:		Konec cesty:		Pracovní cesta	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
----------------	--	--------------	--	----------------	--

Datum škody:		Čas:		Místo:	
--------------	--	------	--	--------	--

Nárokovaná částka (v původní měně)	
------------------------------------	--

### Popis okolností vzniku škody:


<b>Byly okolnosti škody vyšetřovány?</b>	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Orgán	
Adresa			

### Svědci škody:

Příjmení, jméno		Adresa	
Příjmení, jméno		Adresa	

<b>Pojistné plnění žádám převést na účet č./kód banky</b>	
---	--

### Prohlášení:

Pojištěný potvrzuje, že všechny uvedené informace jsou pravdivé a úplné a je si vědom důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit.

Pojištěný tímto souhlasí, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával fyzický i psychický zdravotní stav jeho a dalších pojištěných u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se léčil(a), léčí nebo bude léčit. Tento souhlas pojistník uděluje za účelem pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti, a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovování lékařských zpráv, výpisů ze zdravotní dokumentace či jejímu zapůjčení pojistiteli. Tímto pojistník zprošťuje povinnosti mlčenlivosti pojistitelem dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči.

Pojištěný tímto ve smyslu zákona č. 101/200 Sb., o ochraně osobních údajů uděluje společnosti AIG CZECH REPUBLIC pojišťovna, a.s., IČ 264 696, Praha 1, V Celnici 1031/4, PSČ 110 00 (dále jen "správce") dávat souhlas se zpracováním osobních údajů, včetně citlivých osobních údajů:

- v rozsahu nezbytném pro plnění práv a závazků z pojistné smlouvy, tj. ve kterém je pojištěný správci poskytne při hlášení pojistné události nebo při jejím dalším řešení (prostřednictvím formuláře "Hlášení pojistné události") a ve které je správce získá od zdravotnických zařízení ve smyslu § 50 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě;
- za účelem likvidace pojistné události a vypořádání vzájemných práv a závazků z pojistné smlouvy;
- na dobu nezbytně nutnou k realizaci všech práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy.

Poskytnuté osobní údaje bude zpracovávat správce sám nebo prostřednictvím pověřeného zpracovatele (včetně spřízněných osob patřících do skupiny American International Group se sídlem v členském státě EU). Ve všech případech však budou zachovávány všechny povinnosti, které správci a zpracovatelům plynou ze zákona č. 101/200 Sb. a pojištěný bude chráněn před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života.

Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, avšak v případě citlivých údajů je poskytnutí souhlasu nutné k tomu, aby pojistná události mohla být řádně prošetřena a aby na základě výsledků tohoto šetření mohlo být vyplaceno pojistné plnění.

#### Pojištěný má právo:

- na poskytnutí informace o osobních údajích, které jsou o něm zpracovávány,
- požádat pojistitele o opravu osobních údajů, zjistí-li, že osobní údaje neodpovídají skutečnosti,
- požadovat po pojistiteli vysvětlení, respektive požadovat, aby pojistitel odstranil vzniklý závadný stav, pokud pojištěný zjistí nebo se domnívá, že správce provádí zpracování jeho osobních údajů v rozporu s ochranou soukromého a osobního života pojištěného nebo v rozporu s právními předpisy,
- obrátit se v případě porušení povinnosti správce na Úřad pro ochranu osobních údajů se žádostí o zajištění opatření k nápravě.

Podpis pojištěného	<input type="text"/>	Datum odeslání:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	-----------------	----------------------

Podpis pojistníka:	<input type="text"/>	Razítko pojistníka:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	---------------------	----------------------

### Vyplněný formulář oznámení škody spolu s dalšími požadovanými dokumenty

prosíme zaslat na adresu:

**AIG CZECH REPUBLIC pojišťovna, a.s.**  
**oddělení likvidace škod**  
**V Celnici 1031/4**  
**110 00 Praha 1**

**e-mail: [skody@aig.com](mailto:skody@aig.com)**

**Tel: +420 234 108 311**

**Fax +420 234 108 387**

**[www.aig.cz](http://www.aig.cz)**