

FORMULÁŘ OZNÁMENÍ ŠKODY Z CESTOVNÍHO POJIŠTĚNÍ K PATEBNÍM KARTÁM

Údaje o platební kartě:

Název banky		Číslo pojistné smlouvy: (na asistenční kartičce)	
Typ platební karty		Číslo platební karty:	

Údaje o pojištěném:

Jméno, příjmení, titul					
Kontaktní adresa					
Datum narození		Telefon:		E-mail	
Je pojištěný držitelem uvedené karty?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ne, uveďte jméno držitele a vztah pojištěného k držiteli			

Druh škody:

<input type="checkbox"/> léčebné výlohy & asistenční služby	<input type="checkbox"/> zpoždění letu	<input type="checkbox"/> úraz (trvalé následky, smrt)
<input type="checkbox"/> ztráta a poškození zavazadel a osobních věcí	<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 ano ne

Datum škody: Čas: Místo:

Nárokovaná částka (v původní měně)

Popis okolností vzniku škody:

Byly okolnosti škody vyšetřovány? ano ne Orgán

Adresa

Svědci škody:

Příjmení, jméno	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>
Příjmení, jméno	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>

Pojistné plnění žádám převést na účet č./kód banky

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 léčí(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 jejím 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 poskytnut 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

Datum odeslání:

Vyplněný formulář spolu s ostatními požadovanými dokumenty

pošlete prosím na adresu:

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

e-mail: skody@aig.com

Tel: +420 234 108 311

Fax +420 234 108 387

www.aig.cz