

## FORMULÁŘ OZNÁMENÍ ŠKODY Z CESTOVNÍHO POJIŠTĚNÍ

### 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:	<input type="text"/>	Konec cesty:	<input type="text"/>	Pracovní cesta	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Datum škody:	<input type="text"/>	Čas:	<input type="text"/>	Místo:	<input type="text"/>
Nárokovaná částka (v původní měně)	<input type="text"/>				

### Popis okolností vzniku škody:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

### 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	<input type="text"/>
--	----------------------

### 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 jejímu zapůjčení pojistiteli. Tímto pojistník zproštuje 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") dává 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 správcem poskytně 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. 101/2000 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 událost 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:	<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)**

S případnými dotazy se můžete obrátit na naši informační linku 800 172 172.