

Travel Insurance



With Travel Insurance, you are prepared for the most unexpected situations anywhere in the world. You no longer have to waste time by arranging travel insurance before your trip, so you can fully attend to planning your trip.

The insurance applies to common recreational sports, including winter sports; it includes the insurance of medical expenses, accident insurance, liability insurance and other insured events. The scope of the insurance coverage is up to CZK 4,000,000 depending on the Travel Insurance option.

Travel insurance is offered in these options: personal, family and extended family. The personal option is for holders of the basic card; the family and extended family options are for holders of the basic card and for family members accompanying the holder of the basic card (family means husband/wife or partner sharing the same household and any number of children).

Travel insurance optional, it may be cancelled any time; however, it is not possible to renew it. Moreover, you may ask to be returned the insurance fee if you cancel within 30 days from the insurance policy's activation.

Insurance Claim Form for Family Travel Insurance

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:	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:

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

Svědci škody:

Příjmení, jméno		Adresa	
Příjmení, jméno		Adresa	

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

Jsem pojištěný u jiného pojistitele:

<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO (jméno pojišťovny) :	
---	--

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 EUROPE, S. A., pobočka pro Českou republiku, IČ 276 55 385, 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 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 povinností 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 EUROPE, S. A., pobočka pro Českou republiku
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**

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