



ace european group

FORMULÁŘ HLÁŠENÍ ŠKODY / CLAIM FORM

FORMULÁŘ VYPLŇTE ČITELNĚ HŮLKOVÝM PÍSMEM A UJISTĚTE SE, ŽE JSTE PODEPSALI PROHLÁŠENÍ NA KONCI FORMULÁŘE. PROSÍM, ODPOVĚZTE NA VŠECHNY OTÁZKY – JESTLIŽE SE NĚKTERÉ Z OTÁZEK NEBUDOU TYKAT VAŠEHO PŘÍPADU, PROSÍM, PROŠKRTNĚTE.

PLEASE USE BLACK INK AND BLOCK CAPITAL LETTERS AND ENSURE YOU SIGN THE DECLARATION ON THIS FORM. PLEASE COMPLETE **ALL** QUESTIONS – IF ANY QUESTION IS NOT APPLICABLE PLEASE STATE 'N/A'.

Údaje o pojistníkovi / Policyholder information:

Jméno pojistníka / Policyholder:			
IČ / ID no:		Číslo pojistné smlouvy / Policy number:	

Kontaktní údaje asistenční služby / Assistance company contact details:

Název společnosti / Name of the company	Mondial Assistance s.r.o.		
Tel. číslo, email / Phone number, email	+420 283 002 711 +420 283 002 748 info@mondial-assistance.cz	Adresa / Address	Jankovcova 1596/14b 170 00 Praha 7 Česká republika

Údaje o pojištěném / Insured's information:

Jméno, příjmení / Full name	
Kontaktní adresa / Address	
Telefon; E-mail / Telephone; Email	
Datum narození / Date of birth	

Druh škody / Type of claim:

<input type="checkbox"/> smrt / death	<input type="checkbox"/> úplná a trvalá invalidita / permanent total disablement	<input type="checkbox"/> trvalé tělesné poškození / permanent disabling injuries
<input type="checkbox"/> dočasná pracovní neschopnost / temporary total disablement	<input type="checkbox"/> zlomeniny / fractures	<input type="checkbox"/> popáleniny / burns
<input type="checkbox"/> Jiné / other		

Datum škody / Date of claim:		Čas / Time:		Místo / Location:	
---------------------------------	--	----------------	--	----------------------	--

Nárokovaná částka (v původní měně) / Claimed amount (in initial currency):	
---	--

Popis okolností vzniku škody / Description of claim:

Byly okolnosti škody vyšetřovány? / Was the incident investigated by the police?	<input type="checkbox"/> ano / yes <input type="checkbox"/> ne / no	Orgán / Authority:	
Adresa / Address:			

Svědci škody / Witnesses:

Příjmení, jméno / Full name		Adresa / Address:	
Příjmení, jméno / Full name		Adresa / Address:	

Pojistné plnění žádám převést na účet č./kód banky / Imndemnity payment to be transferred to bank acc. no. / IBAN / SWIFT	
--	--

Jsem pojištěný u jiného pojistitele / I am insured with another insurance company:

<input type="checkbox"/> NE / NO <input type="checkbox"/> ANO / YES (jméno pojišťovny/name of company)	
---	--

PODPIS / SIGNED**DATUM / DATE**

VYPLNĚNÝ FORMULÁŘ VRAŤTE, SPOLEČNĚ SE VŠEMI DOLOŽKAMI, POSKYTOVATELI ASISTENČNÍCH SLUŽEB /
PLEASE RETURN THE COMPLETED CLAIM FORM TOGETHER WITH ANY ENCLOSURES TO CLAIMS / ASSISTANCE SERVICE PROVIDER

PROSÍM, UJISTĚTE SE, ŽE JSTE / PLEASE ENSURE

- ODPOVĚĎELI NA VŠECHNY RELEVANTNÍ OTÁZKY UVEDENÉ V TOMTO FORMULÁŘI / YOU HAVE COMPLETED ALL RELEVANT QUESTIONS ON THIS CLAIM FORM**
- PŘILOŽILI VŠECHNY POŽADOVANÉ INFORMACE A DOKUMENTACI / YOU HAVE ENCLOSED ALL REQUESTED INFORMATION/DOCUMENTATION**
- PODEPSALI TENTO FORMULÁŘ / YOU HAVE SIGNED THIS CLAIM FORM.**

OPOMENUTÍ JEDNOHO Z VÝŠE UVEDENÝCH POŽADAVKŮ MŮŽE VÉST K OPOŽDĚNÍ VYŘIZOVÁNÍ VAŠEHO POŽADAVKU. / AS FAILURE TO DO SO WILL RESULT IN DELAY IN HANDLING YOUR CLAIM.

Děkujeme Vám za vyplnění tohoto formuláře. / Thank you for fully completing this claim form.

PROHLÁŠENÍ / DECLARATION

Pojištěný potvrzuje, že všechny jím zde uvedené informace jsou pravdivé a úplné a je si vědom následků, které uvedení nesprávných nebo nepravdivých údajů mohou mít na povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Pojištěný tímto souhlasí, aby pojistitel za účelem správy pojištění, pojistného šetření, likvidace pojistných událostí a vypořádání vzájemných práv a závazků z výše uvedené pojistné smlouvy zjišťoval a přezkoumával fyzický i psychický zdravotní stav pojištěného a zjišťoval příčiny smrti pojištěného, a to u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se pojištěný léčí(a), léčí nebo bude léčit. Tento souhlas pojištěný uděluje na dobu nezbytnou k dosažení všech výše uvedených účelů. Pojištěný dále tímto zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k tomu, aby vyhotovovali a pojistiteli poskytovali veškeré lékařské zprávy a výpisy ze zdravotní dokumentace, které si od nich pojistitel za výše uvedenými účely vyžádá, a dále tímto pojištěný zprošťuje tyto lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči povinnosti mlčenlivosti vůči pojistiteli, a to v rozsahu nezbytné pro dosažení všech výše uvedených účelů.

Pojištěný tímto ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, dává společnosti ACE European Group Ltd, organizační složka, se sídlem Praha 8, Pobřežní 620/3, PSČ 186 00, IČ 27893723, zapsané v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 57233 (dále jen "správce") souhlas se zpracováním osobních údajů, včetně citlivých osobních údajů:

- (i) v rozsahu nezbytném pro dosažení všech výše uvedených účelů, tj. ve kterém je pojištěný správcem poskytne při hlášení pojistné události anebo při jejím dalším řešení (zejména prostřednictvím formuláře "Formulář hlášení škody") a dále ve kterém je správce získá od výše uvedených lékařů, zdravotnických zařízení anebo zařízení poskytující zdravotní péči, popř. od jiných osob dle § 50 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v platném znění;
- (ii) za účelem správy pojištění, pojistného šetření, likvidace pojistných událostí a vypořádání vzájemných práv a závazků z výše uvedené pojistné smlouvy; a
- (iii) na dobu nezbytnou k dosažení všech výše uvedených účelů.

Poskytnuté osobní údaje bude zpracovávat správce sám nebo prostřednictvím pověřených zpracovatelů. Ve všech případech však pojistitel bude plnit všechny povinnosti, které mu v souvislosti se zpracováním osobních údajů pojištěného plynou ze zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, a bude dbát na zachování práva pojištěného na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života pojištěného. Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, avšak v případě citlivých osobních údajů týkajících se zdravotního stavu pojištěného je poskytnutí souhlasu nezbytné k tomu, aby pojistná událost mohla být řádně prošetřena a aby na základě výsledků tohoto šetření mohlo být vyplaceno pojistné plnění.

The insured confirms that all information stated in this form is correct and complete and that the insured is aware of the possible consequences that might arise from providing inaccurate or misleading information with respect to the obligation of the insurer to provide the indemnity.

The insured hereby agrees to granting the insurer with consent to inquire and investigate, for the purposes of insurance administration, insurance investigation, claims handling and settlement of correlative rights and obligations under the above insurance contract, the physical and psychological state of health and establish the causes of death of the insured with all the physicians, health care institutions and institutions providing health care services which the insured attended, is attending or will attend. The insured grants this consent for a period of time necessary to achieve all the above purposes. The insured hereby further commissions the physicians, health care institutions and institutions providing health care services with drawing up of or providing the insurer with any and all medical reports and extracts from medical documentation which the insurer might request from them for the above purposes and, furthermore, the insured hereby exempts the approached physicians, health care institutions and institutions providing health care services from remaining silent in relation to the insurer, to the extent necessary to achieve all the above purposes.

The insured, in accordance with Act No. 101/2000 Coll., Personal Data Protection Act, as amended, is permitting ACE European Group Ltd, organizační složka, with its registered office at Prague 8, Pobřežní 620/3, Post Code 186 00, ID no 27893723, registered in the Commercial Register maintained by the Municipal Court of Prague, section A, insert 57233 (hereinafter the "trustee") to process personal data, including sensitive personal data:

- (i) within the scope necessary to achieve all the above purposes, i.e. furnishing the trustee with access to such information during the reporting of an insured event and/or during further investigation (in particular, by using the "claim form") and, furthermore, which can be obtained by the trustee from the above physicians, health care institutions and/or institutions providing health care services or, alternatively, other persons in accordance with Section 50 of Act No. 37/2004 Coll., Insurance Contract Act, as amended;
- (ii) used in order to administer the insurance, carry out insurance investigation, secure insurer's risks, liquidate insured events and settle correlative rights and obligations stemming out of the above insurance contract; and
- (iii) for the for a period of time necessary to achieve all the above purposes, even after the insured's death; however, for a maximum of 10 years of the cessation of the above insurance contract.

The provided personal data will be processed by the trustee or by processors appointed by it. However, in all instances, the insurer shall discharge all obligations resulting for it in connection with processing of the insured's personal data in accordance with Act No. 101/200 Coll., Personal Data Protection Act, as amended, respecting the insured's right to protection against intrusion into the insured's personal and private life. To grant access to personal data is voluntary, however in case of sensitive personal data related to the state of health of the insured it is necessary to grant permission for this data to be accessed in order for the insured event to be examined correctly and for the indemnity to be paid out, based on the findings.