

FORMULÁŘ HLÁŠENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI - ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

ACE European Group Ltd, org. sl.
IBC, Pobřežní 620/3
186 00 Praha 8
Česká republika
+420 222 351 251 *Tel*
+ 420 222 351 291 *Fax*
www.aceeurope.cz

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 týkat Vašeho případu, prosím, proškrtněte.

Údaje o pojistníkovi

Jméno pojistníka:

IČ:

Číslo pojistné smlouvy:

Kontaktní údaje asistenční služby

Název společnosti:

Europ Assistance s.r.o.
Na Pankráci 127, 140 00, Praha 4

Tel. číslo, e-mail:

+420 266 710 220
+420 810 100 800
medical@europ-assistance.cz

Údaje o pojištěném

Jméno a příjmení:

Kontaktní adresa:

Telefon, e-mail:

Datum narození:

Druh škodné události

☐ smrt

☐ úplná a trvalá invalidita

☐ trvalé tělesné poškození

☐ dočasná pracovní neschopnost

☐ zlomeniny

☐ popáleniny

☐ jiné

Datum škodné události:

Čas:

Místo:

Nároková částka (v původní měně):

Popis okolností vzniku škodné události:

Byly okolnosti škodné události vyšetřovány?

☐ ANO

☐ NE

Orgán:

Svědci škodné události

Příjmení a jméno:

Adresa:

Příjmení a jméno:

Adresa:

Pojistné plnění žádám převést na účet číslo / kód banky

Jsem pojištěný u jiného pojistitele

☐ NE

☐ ANO

(jméno pojišťovny)

Prohlášení

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 léčil(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 nezbytném 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, se sídlem Londýn, místo podnikání ACE Building, 100 Leadenhall Street, Londýn EC3A 3BP, Spojené království, provozující pojišťovací činnost v České republice na základě svobody usazování prostřednictvím pobočky 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 správcí 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 v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, 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. Pojištěný jako subjekt údajů má právo přístupu k osobním údajům, právo na opravu osobních údajů a další práva uvedená v § 11 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění.

X

Datum

Jméno a podpis pojištěného

Vyplněný formulář vraťte společně se všemi doložkami poskytovateli asistenčních služeb.

Prosím, ujistěte se, že jste

- odpověděli na všechny relevantní otázky uvedené v tomto formuláři,
- přiložili všechny požadované informace a dokumentaci,
- podepsali tento formulář.

Opomenutí jednoho z výše uvedených požadavků může vést k opoždění vyřízení Vašeho požadavku.

Děkujeme Vám za vyplnění tohoto formuláře.



insured.™

ACE European Group Ltd, organizační složka, se sídlem Pobřežní 620/3, 186 00 Praha 8, identifikační číslo 278 93 723, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 57233, organizační složka společnosti ACE European Group Ltd, se sídlem ACE Building, 100 Leadenhall Street, Londýn EC3A 3BP, Velká Británie, registrační číslo 01112892, oprávněné k podnikání a regulované Prudential Regulation Authority a Financial Conduct Authority ve Velké Británii. Organem dohledu pro výkon činnosti v České republice je Česká národní banka; tato regulace může být odlišná od práva Velké Británie.