

Formulář hlášení škody – cestovní pojištění Claim form – travel insurance

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. Vyplněný formulář zašlete na kontakty našich likvidátorů uvedené níže – Ison Care Sp. z o. o., Sienna 73, 00-833 Warsaw, Poland, e-mail: skody.medical.assistance.cz@chubb.com

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”. Please send completed form to our Loss Adjusters - Ison Care Sp. z o. o., Sienna 73, 00-833 Warsaw, Poland, e-mail: skody.medical.assistance.cz@chubb.com

Údaje o pojistníkovi / Policyholder information:

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

Kontaktní údaje pro nahlášení nároků / Claims handling contact details:

Název společnosti / Name of the company	Ison Care Sp. z o. o.		
Tel. číslo, email / Phone number, email	+420 266 710 220 skody.medical.cz@chubb.com	Adresa / Address	Sienna 73, 00-833 Warsaw, Poland

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:

• léčebné výlohy a asistenční služby / medical expenses and assistance services	• úplná a trvalá invalidita / permanent total disablement	• trvalé tělesné poškození / permanent disabling injuries
• smrt / death	• škoda na věcech osobní potřeby / personal belongings	• škoda na firemním vybavení / business equipment
• peníze / money	• narušení průběhu cesty / disruption	• odpovědnost za újmu / personal liability
• Jiné / other		

**Počátek a ukončení cesty /
Start and end of journey:**

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

**Nárokována 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?	☐ Ano / Yes ☐ Ne / No	Orgán / Authority:
---	--	-------------------------------

**Adresa /
Address:**

Svědci škody / Witnesses:

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

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

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

☐ Ne / No ☐ Ano / Yes

(jméno pojišťovny/name of company)

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 dále souhlasí s tím, abychom my jako pojistitel nebo asistenční služba uvedená v tomto formuláři zjišťovali a přezkoumávali jeho zdravotní stav, a to u všech lékařů, zdravotnických zařízení nebo zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se pojištěný léčil, léčí nebo bude léčit, a to i po jeho smrti. Pojištěný uděluje souhlas lékařům, zdravotnickým zařízením nebo zařízením poskytujícím zdravotní péči k vyhotovování lékařských zpráv, výpisů ze zdravotní dokumentace či jejímu zapůjčení nám nebo asistenční službě uvedené v tomto formuláři a za tímto účelem je zprošťuje mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona č. 377/2011 Sb., o zdravotních službách.

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 further agrees that we, as insurer or assistance service mentioned in this form, will examine and review his / her health status with all doctors, and healthcare facilities where the Insured is treated, cured or healed; even after his death. The Insured grants the consent to doctors and healthcare providers to make medical reports, medical records, or lend them to us or to the assistance service listed in this form, and for that purpose waives confidentiality, even under Act No 377 / 2011 Coll., On health services.

Výslovný souhlas s použitím informací o zdravotním stavu / Explicit consent to use Health Information – **Důležité, prosíme přečtete si** / Important Please Read

Pečlivě posuzujeme vaše nároky a provádíme kroky v souladu se standardní praxí v oboru, za účelem monitorování podvodných nároků. Z těchto důvodů můžeme být nuceni použít informace o vašem zdravotním stavu, které jsou relevantní vzhledem k vašim nárokům, a případně také informace o zdravotním stavu jiných osob, které se vztahují k nároku, který vůči nám vznesete. **Jste povinni zajistit, aby jakékoli jiné osoby, jejichž informace nám poskytnete, rozuměly a neměly námitky proti tomuto použití jejich osobních údajů a (pokud to vyžadují příslušné zákony) souhlasily s tím, abychom používali jejich osobní údaje pro zde popsané účely.**

Nebudeme používat informace o vašem zdravotním stavu pro žádné jiné účely a budeme vždy dodržovat podmínky uvedené v našich Zásadách ochrany osobních údajů. Nejste povinni poskytnout nám následující souhlas a můžete jej kdykoli odvolat. Pokud jej neposkytnete, nebo se rozhodnete jej odvolat, může to ovlivnit naši schopnost zpracovat vaše nároky. **Pro vyjádření souhlasu s použitím informací o vašem zdravotním stavu, zaškrtněte prosím následující políčko ☐.**

*We carefully assess your claim, and also take steps, in common with standard industry practice, to monitor for fraudulent claims. For these reasons, we may need to use information about your health which is relevant to your claim, and, where relevant, the health of other persons relevant to the claim which you provide to us. **You must ensure that any other persons whose information you provide to us understand and do not object to this use of their data, and (where required under applicable law) consent to us using their information for the purposes described here.***

*We will not use this health information for any other purpose, and will comply at all times with the terms (including security standards) referred in our [Privacy Policy](#). You do not have to provide us with the following consent, and you may withdraw it at any time, but if you do not provide it, or choose to later withdraw it, that may affect our ability to process your claim. **Please tick the following box to indicate your consent to our use of your health information in this way.** ☐*

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

- ☐ **Odpověděli 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.

Chubb. Insured.SM

Chubb European Group SE, organizační složka se sídlem Pobřežní 620/3, 186 00 Praha 8, IČ 278 93 723, zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 57233, odštěpný závod zahraniční právnické osoby Chubb European Group SE, , která se řídí ustanoveními francouzského zákona o pojištění, s reg.č. 450 327 374 RCS Nanterre a sídlem La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francie. Chubb European Group SE má plně splacený základní kapitál ve výši 896 176 662€. Chubb European Group SE je ve Francii oprávněna k podnikání a regulovaná Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. Orgánem dohledu pro výkon činnosti v České republice je Česká národní banka; tato regulace může být odlišná od práva Francie.

Osobní údaje, které poskytujete nám [případně vašemu pojišťovacímu makléři] pro upisování, správu zásad, správu pohledávek a jiné účely pojištění, jak je dále popsáno v našich Zásadách ochrany osobních údajů, naleznete zde: <https://www.chubb.com/cz-cz/privacy.aspx>. Můžete nás kdykoli požádat o tištěnou verzi zásad ochrany osobních údajů a to na emailové adrese dataprotectionoffice.europe@chubb.com.