



AIG Europe S.A.

Υποκατάστημα Ελλάδας

Έδρα: Λ. Κηφισίας 119, 15124 Μαρούσι Αττικής, τηλ. 210 8127600, φαξ 210 8063585

Θεσσαλονίκη: Μαρίνου Αντύπα 42, 57001 Πυλαία Θεσσαλονίκης,

τηλ. 2310 474999, φαξ 2310 474980-990, Email: Info.Gr@aig.com, Url: www.aig.com.gr

Παρακαλούμε να συμπληρωθεί και να αποσταλεί το Έντυπο μαζί με τα απαιτούμενα παραστατικά απαίτησης προς :
Τμήμα Αποζημιώσεων Ταξιδιωτικής Ασφάλισης & Προσωπικών Ατυχημάτων,
AIG Europe S.A., Αγ. Κωνσταντίνου 59-61, GR 151 24 Μαρούσι, Αθήνα, Τηλ: + 30 210 8127600 Φαξ : + 30 210 6141382,
E-mail : claims-GR@aig.com, μέσα σε 20 ημέρες από την ημερομηνία επέλευσης του συμβάντος.
Η σωστή και πλήρης απάντηση των παρακάτω ερωτήσεων βοηθάει στη γρήγορη και αποτελεσματική εξυπηρέτησή σας.
Καμία αποζημίωση δεν καταβάλλεται, εάν δεν υπογραφεί από τον ασφαλισμένο η δήλωση αυτή.

ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΑΙΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ

Ημερομηνία. κράτησης ταξιδιού:	Ημερομηνία Αναχώρησης:	Ημερομηνία Ακύρωσης:
Αναφέρετε τον λόγο/αίτια για τον οποίο ακυρώνεται το ταξίδι σας:		
Αρχικό Ποσό που πληρώθηκε από εσάς:	Ποσό που επιστράφηκε από το ταξιδιωτικό γραφείο ή εισπράχθηκε από άλλες πηγές:	Ποσό απαίτησης:
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΑΙΤΗΤΗ:		
Όνοματεπώνυμο:	Ημερομηνία Γέννησης:	Αρ. Συμβολαίου:
Διεύθυνση μόνιμης κατοικίας :	Τηλέφωνο επικοινωνίας:	e-mail :
Χώρα και τόπος που συνέβη το συμβάν	Ημερομηνία:	Ώρα :
ΑΦΜ	ΔΟΥ	
Δώστε λεπτομερή περιγραφή για το είδος και συνθήκες της απαίτησης:		
Υπάρχουν άλλα εν ισχύ ασφαλιστήρια συμβόλαια που αφορούν το συγκεκριμένο συμβάν: <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι		
Εάν ναι παρακαλούμε δώστε περισσότερες λεπτομέρειες:		

(Α) **ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΞΟΔΑ:** Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε : α) αντίγραφο του αεροπ. εισιτηρίου/κάρτα επιβίβασης β) ιατρική έκθεση από γιατρό ή ιατρικό κέντρο γ) πρωτότυπες αποδείξεις ιατρικών εξόδων.

Επικοινωνήσατε με την TRAVEL GUARD ASSIST; Όχι <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/>	Ημερομηνία επικοινωνίας:	Αρ. Αναφοράς:
Είχατε στο παρελθόν παρόμοια πάθηση; Όχι <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/>	Εάν ναι παρακαλούμε δώστε περισσότερες λεπτομέρειες	
Φύση Ατυχήματος (λεπτομέρειες)		



AIG Europe S.A.

Υποκατάστημα Ελλάδας

Έδρα: Λ. Κηφισίας 119, 15124 Μαρούσι Αττικής, τηλ. 210 8127600, φαξ 210 8063585

Θεσσαλονίκη: Μαρίνου Αντύπα 42, 57001 Πυλαία Θεσσαλονίκης,

τηλ. 2310 474999, φαξ 2310 474980-990, Email: Info.Gr@aig.com, Url: www.aig.com.gr

Φύση Πάθησης: (ακριβή περιγραφή)	
Είδος θεραπείας που σας παρασχέθηκε:	
Όνομα, διεύθυνση και τηλέφωνο του θεράποντος ιατρού στο εξωτερικό:	
Παρακαλούμε δηλώστε το ποσό της απαίτησης σας αφαιρουμένου οποιοδήποτε ποσού που αποζημιώθηκε από άλλη πηγή:	

(B) **ΑΚΥΡΩΣΗ ΤΑΞΙΔΙΟΥ:** Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε α) επιβεβαίωση κράτησης και επιβεβαίωση ακύρωσης κράτησης από τον τουριστικό σας πράκτορα γ) απόδειξη πληρωμής και απόδειξη επιστροφής χρημάτων (εάν υπάρχει) δ) Ιατρικό πιστοποιητικό που αναφέρει την φύση/αίτια του τραυματισμού ή της ασθένειας και επιβεβαίωση ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να ταξιδέψει. ε) πιστοποιητικό συγγενείας (για ασθένεια /ατύχημα συγγενούς)

(C) **ΑΠΩΛΕΙΑ Η ΖΗΜΙΑ ΑΠΟΣΚΕΥΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ :** Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε :

α)αντίγραφο του εισιτηρίου/κάρτα επιβίβασης β) αυτοκόλλητες αποδείξεις αποσκευών γ) γραπτή δήλωση από την αεροπορική εταιρεία για επιβεβαίωση απώλειας/ζημιάς αποσκευών (*Property Irregularity Report*), δ) γραπτή ειδοποίηση από τον μεταφορέα αποζημίωσης καταστροφής ή απώλειας των αποσκευών:

Όνομα αεροπορικής εταιρίας/Μεταφορέα, Αστυνομικού Τμήματος ή άλλη αρχής στην οποία δηλώθηκε το συμβάν:	
Ημερομηνία ταξιδιού:	
Ημερομηνία, ώρα και προορισμός αναχώρησης και άφιξης:	

Δώστε λεπτομέρειες για την περιουσία που υπέστη ζημία :

A/A	Περιγραφή	Ημερομηνία και τοποθεσία αγοράς	Αρχική τιμή αγοράς	Μείωση αξίας λόγω φυσικής φθοράς	Ποσό Απαίτησης

Δ) **ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΑΠΟΣΚΕΥΩΝ:** Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε: α) αντίγραφο του εισιτηρίου/κάρτα επιβίβασης β) αυτοκόλλητες αποδείξεις αποσκευών γ) γραπτή δήλωση από την αεροπορική εταιρεία για επιβεβαίωση καθυστέρησης αποσκευών (*Property Irregularity Report*) δ) πρωτότυπες αποδείξεις για αγορά εκτάκτου ρουχισμού και προσωπικών ειδών.

Λεπτομέρειες πτήσης	Πληροφορίες Ανάκτησης καθυστερημένων αποσκευών
Ημερομηνία άφιξης:	Ημερομηνία:
Ωρα άφιξης:	Ωρα:
Κωδικός Πτήσης:	Τοποθεσία ανάκτησης:
Τοποθεσία αναχώρησης:	Ωρα ανάκτησης:
Αεροπορική εταιρεία:	



AIG Europe S.A.

Υποκατάστημα Ελλάδα

Έδρα: Λ. Κηφισίας 119, 15124 Μαρούσι Αττικής, τηλ. 210 8127600, φαξ 210 8063585

Θεσσαλονίκη: Μαρίνου Αντύπα 42, 57001 Πυλαία Θεσσαλονίκης,

τηλ. 2310 474999, φαξ 2310 474980-990, Email: Info.Gr@aig.com, Url: www.aig.com.gr

Ε) **ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ ΠΤΗΣΗΣ:** Παρακαλούμε όπως επισυνάψετε: α) αντίγραφο του εισιτηρίου/κάρτα επιβίβασης β) αυτοκόλλητες αποδείξεις αποσκευών γ) γραπτή δήλωση από την αεροπορική εταιρεία για επιβεβαίωση καθυστέρησης αποσκευών (*Property Irregularity Report*) δ) πρωτότυπες αποδείξεις για αγορά εκτάκτου ρουχισμού και προσωπικών ειδών. ε) αποδεικτικό παραλαβής/ανάκτησης αποσκευών.

Λεπτομέρειες αρχικής πτήσης	Λεπτομέρειες πτήσης μετά την καθυστέρηση
Ημερομηνία:	Ημερομηνία:
Ώρα:	Ώρα:
Κωδικός Πτήσης:	Κωδικός Πτήσης:
Τοποθεσία αναχώρησης:	Τοποθεσία αναχώρησης:
Αεροπορική εταιρία:	Αεροπορική εταιρία:

Παρακαλούμε δηλώστε τα απαραίτητα, άμεσα και λογικά έξοδα που προέκυψαν εξαιτίας της καθυστέρησης της πτήσης

A/A	Περιγραφή	Ημερομηνία και τοποθεσία αγοράς	Τιμή αγοράς

Σημαντική Σημείωση

Τα παραπάνω στοιχεία είναι τα ελάχιστα απαραίτητα για την αξιολόγηση της απαίτησής σας. Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να σας ζητήσει πρόσθετα, αναλυτικά στοιχεία και έγγραφα σε περίπτωση που αυτό κριθεί αναγκαίο.

Δήλωση

Δηλώνω ειλικρινά ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθινές και ορθές σε κάθε λεπτομέρεια και συμφωνώ ότι εάν έχω προβεί σε οποιαδήποτε περαιτέρω δήλωση σε σχέση με την πιο πάνω απαίτηση ή σε δόλιες δηλώσεις ή έχω αποκρύψει ή δηλώσει αναληθώς οποιαδήποτε ουσιώδη πληροφορία, το ασφαλιστήριο θα θεωρείται άκυρο και όλα τα δικαιώματα ανάκτησης αυτού σε σχέση με παρούσες ή μελλοντικές απαιτήσεις θα εκπίπτουν.

Με την παρούσα εξουσιοδοτώ όλους τους γιατρούς ή νοσοκομεία που εξετάστηκα να παραδώσουν στην εταιρία ή νόμιμο αντιπρόσωπο της, οποιαδήποτε πληροφορία σε σχέση με την ασθένεια, το ιατρικό ιστορικό, γυνάμτευση, συνταγή ή θεραπεία καθώς και αντίγραφα όλων των ιατρικών αρχείων. Φωτοαντίγραφο αυτής της εξουσιοδότησης θα θεωρείται ισχύον και έγκυρο όπως το πρωτότυπο.

Πως χρησιμοποιούμε τις Προσωπικές Πληροφορίες

Σχετικά με την εκτίμηση ασφαλιστικών αξιώσεων, θα συλλέγουμε, χρησιμοποιούμε και γνωστοποιούμε ορισμένες Προσωπικές Πληροφορίες σχετικά με εσάς και κάθε άλλο πρόσωπο με το οποίο σχετίζεται η αξίωση αποζημίωσης. Αυτές θα περιλαμβάνουν Ευαίσθητες Προσωπικές Πληροφορίες που αφορούν, ενδεικτικά και όχι περιοριστικά, την υγεία, την φυλετική ή εθνοτική καταγωγή κλπ.

Παρακαλούμε να σημειώσετε ότι οι Προσωπικές Πληροφορίες σχετικά με άλλο άτομο πρέπει να παρέχονται μόνο με τη ρητή άδεια του εν λόγω ατόμου να μοιραστείτε μαζί μας τις Προσωπικές Πληροφορίες του/της. Συνεπώς, πριν μας δώσετε Προσωπικές Πληροφορίες σχετικά με ένα άλλο άτομο, πρέπει (εκτός εάν συμφωνήσουμε διαφορετικά) να ενημερώσετε το άτομο αυτό σχετικά



AIG Europe S.A.

Υποκατάστημα Ελλάδας

Έδρα: Λ. Κηφισίας 119, 15124 Μαρούσι Αττικής, τηλ. 210 8127600, φαξ 210 8063585

Θεσσαλονίκη: Μαρίνου Αντύπα 42, 57001 Πυλαία Θεσσαλονίκης,

τηλ. 2310 474999, φαξ 2310 474980-990, Email: Info.Gr@aig.com, Url: www.aig.com.gr

με το περιεχόμενο αυτής της Ενημέρωσης και την Πολιτική μας για την Προστασία Ιδιωτικού Απορρήτου και να λάβετε την άδειά του (όπου αυτό είναι δυνατό) για να μοιραστείτε μαζί μας τις Προσωπικές Πληροφορίες του/της.

Όταν συλλέγουμε, χρησιμοποιούμε ή γνωστοποιούμε τις Ευαίσθητες Προσωπικές Πληροφορίες σας, θα το πράττουμε με τη ρητή συγκατάθεσή σας και όπως άλλως επιτρέπεται από το νόμο.

Συγκατάθεση για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων (ασφαλιστική διαχείριση)

Υπογράφοντας παρακάτω, δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη χρήση Ευαίσθητων Προσωπικών Πληροφοριών (π.χ. για την υγεία μου, την φυλετική ή εθνοτική καταγωγή μου κλπ.) για σκοπούς ασφαλιστικής διαχείρισης από την AIG Europe S.A. (AESA) και την AIG ΕΛΛΑΣ η οποία λειτουργεί ως νόμιμος αντιπρόσωπος της AESA στην Ελλάδα, τις τυχόν συνδεδεμένες με αυτήν εταιρείες, τους ανασφαλιστές, τους φορείς πρόληψης απάτης και τους τρίτους παρόχους υπηρεσιών όπως καθορίζονται στην Πολιτική για την Προστασία Ιδιωτικού Απορρήτου που είναι διαθέσιμη εδώ: <https://www.aig.com.gr/privacy-policy>.

Όταν αναφερόμαστε στον όρο «ασφαλιστική διαχείριση», εννοούμε τη διευθέτηση, εκτίμηση κινδύνου και παροχή συμβολαίων ασφάλισης και ανασφάλισης, τη διαχείριση των συμβολαίων αυτών, την παροχή επικουρικών υπηρεσιών και τη διαχείριση αξιώσεων αποζημίωσης βάσει των εν λόγω συμβολαίων, καθώς και την άσκηση δικαιωμάτων ή τη συμμόρφωση με υποχρεώσεις που σχετίζονται με τα εν λόγω συμβόλαια. Η έννοια αυτή μπορεί να περιλαμβάνει δικαιώματα ή υποχρεώσεις σύμφωνα με την εφαρμοστέα στην εταιρεία μας νομοθεσία.

Εάν δεν δώσετε ή εάν ανακαλέσετε αυτή τη συγκατάθεση, μπορεί να μην είμαστε σε θέση να σας παρέχουμε τις υπηρεσίες μας ή να αξιολογήσουμε την απαίτηση αποζημίωσής σας.

Όνοματεπώνυμο (ολογράφως) _____

Υπογραφή _____ Ημερομηνία _____

Έχετε το δικαίωμα να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας ανά πάσα στιγμή. Εάν θέλετε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας, παρακαλούμε επικοινωνήστε μαζί μας στην ηλεκτρονική διεύθυνση CLAIMS-GR@aig.com ή ταχυδρομικώς στη διεύθυνση AIG Ελλάς ΑΕ, Λεωφ. Κηφισίας 119, Τ.Κ. 15124 Μαρούσι, Αθήνα, υπ'όψιν Τμήματος Αποζημιώσεων.