

Číslo pojistné smlouvy

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Jméno, příjmení, titul

Adresa pobytu v ČR/kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

POJISTNÍK (pokud je jiný než pojištěný)

Název firmy/Jméno osoby

IČ/Datum narození

Číslo pojistné smlouvy

ÚDAJE O POBYTU

Počátek pobytu

Konec pobytu

Pracovní pobyt

Ano

☐

Ne

☐

Země pobytu

ÚDAJE O ŠKODĚ A OŠETŘENÍ

Nemoc

☐

Léky a zdravotnické prostředky

☐

Úraz

☐

Odpovědnost za újmu

☐

Smrt

☐

Jiné

☐

Prevence

☐

Datum škody/ošetření

Čas škody/ošetření

Místo škody (lokalita, adresa)

Popis okolností vzniku škody

Byla škoda hlášena asistenční službě?

Ano

☐

Ne

☐

Číslo škody asistenční služby

Byly okolnosti újmy vyšetřovány policií?

Ano

☐

Ne

☐

Kým

Číslo vyšetřovacího spisu

Adresa/tel./e-mail

NÁKLADY UHRAZENÉ POJIŠTĚNÝM

V případě většího množství informací, doplňte do pole „Doplňující informace pro pojišťovnu“.			Výše nákladů	Měna
Ošetření				
Léky				
Ostatní				
Celkem				

ÚDAJE O LÉKAŘI/ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Kde bylo poskytnuto první ošetření (adresa zařízení, jméno lékaře, datum a čas ošetření)?

Kde jste byl(a) dále léčen(a) (adresa zařízení, jméno lékaře, od–do)?

POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO NA BANKOVNÍ ÚČET

Vlastník účtu

Předčíslí b.ú.

Číslo bankovního účtu/IBAN

Kód banky/SWIFT

Doplňující informace pro pojišťovnu

ZPLNOMOCNĚNÍ A PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny dotazy zodpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit.

Souhlasím, aby Colonnade Insurance S.A., organizační složka (dále jen „Colonnade“), v souladu se zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, sama nebo prostřednictvím pověřeného lékaře, získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od kteréhokoliv mého lékaře, u kterého jsem se léčil(a), léčím nebo budu léčit, zdravotní pojišťovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterého mám sjednáno neživotní pojištění. A dále zmocňuji Colonnade, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotní dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, požadovala si z nich výpisy či opisy. Tento souhlas a zmocnění uděluji za účelem šetření pojistných událostí i na dobu po mé smrti.

Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Prohlašuji, že mám sjednané i jiné cestovní/zdravotní pojištění.

Ano

☐

Ne

☐

Jméno pojišťovny

Číslo smlouvy

OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Bližší informace o zpracování Vašich osobních údajů, včetně veškerých práv, které můžete v této souvislosti uplatnit, naleznete na internetových stránkách Colonnade v Pravidlech ochrany osobních údajů pod následujícím odkazem: <https://www.colonnade.cz/ochrana-osobnich-udaju>.

Dále prohlašuji, že osoby, jejichž osobní údaje jsem Colonnade poskytl(a), seznámím s Pravidly ochrany osobních údajů Colonnade, a to nejpozději do 1 měsíce od poskytnutí těchto údajů.

UPOZORNĚNÍ

Vědomé uvedení nepravdivých nebo hrubě zkreslených údajů nebo zamlčení podstatných údajů při hlášení škody je trestným činem.

Datum vyplnění hlášení škody

Podpis pojištěného (nebo zplnomocněného zástupce)

VYPLNĚNÍ FORMULČE PROSÍM NAHRAJTE SPOLETNĚ SE SOUVISEJÍCÍMI DOKUMENTY PŘI HLÁŠENÍ ŠKODY NA NAŠICH WEBOVÍCH STRÁNKÁCH WWW.COLONNADE.CZ. URYCHLEŤTE TĚM JEJICH VÝŠEŘENÍ