

Číslo Vašich dalších smluv u Colonnade Insurance

Nárokoval(a) jste jakoukoliv škodu u Colonnade v minulosti? Ano ☐ Ne ☐ Číslo škody, pod kterým byla evidována

POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

ÚDAJE A DRUH ŠKODY

Datum škody

Čas škody

Místo škody (lokalita, adresa)

Popis okolností vzniku škody

Byly okolnosti škody vyšetřovány? Ano ☐ Ne ☐ Kým

Adresa

POŠKOZENÝ (Uveďte, pokud byla škoda způsobena někomu jinému - třetí osobě)

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

Telefon

E-mail

ŠKODU ZAVINIL (Uveďte, koho činíte za škodu odpovědným)

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

Telefon

E-mail

SVĚDCI ŠKODY

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

JSTE POJIŠTĚNÝ U JINÉHO POJISTITELE?

Ano ☐ Ne ☐ Pokud ano, uveďte jméno pojišťovny

☐
☐

Prohlašuji, že jsem tuto újmu neuplatnil u žádného dalšího pojistitele.

POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO (pro POJIŠTĚNÍ VYBAVENÍ DOMÁCNOSTI)

Složenkou ☐ Na bankovní účet ☐

Vlastník účtu Předčísí b.ú. Číslo bankovního účtu Kód banky

POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO (pro POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI)

Složenkou ☐ Na bankovní účet ☐

Vlastník účtu Předčísí b.ú. Číslo bankovního účtu Kód banky

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.

Zplnomocňuji tímto podle § 50 a § 51 trestního řádu (§ 33 správního řádu) Colonnade Insurance S.A., organizační složku (dále jen „Colonnade“), případně její pracovníky, aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené události nahlížela do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činila z něho výpisky a pořizovala si na vlastní náklady kopie.

V souladu s občanským zákoníkem zplnomocňuji Colonnade Insurance S.A., organizační složku (dále jen „Colonnade“), případně její pracovníky, aby v souvislosti s výše uvedenou pojistnou událostí požadovala od orgánů veřejné moci a třetích osob (např. zdravotních pojišťoven) nezbytné informace, včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich na vlastní náklady kopie.

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 SPOLEČNĚ SE SOUVISEJÍCÍMI DOKUMENTY PŘI HLÁŠENÍ ŠKODY NA NAŠICH WEBOVÍCH STRÁNKÁCH WWW.COLONNADE.CZ. URYCHLETE TĚM JEJICH VÝŠETŘENÍ