

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

Číslo Vašich dalších smluv u Colonnade Insurance

Nárokoval(a) jste úrazové pojištění u Colonnade v minulosti?

Ano

Ne

Číslo škody, pod kterým je úraz evidován

POJIŠTĚNÝ / POŠKOZENÝ

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

POJISTNÍK (Vyplňte pokud se liší od Pojištěného)

Jméno a příjmení / název společnosti

Vztah k Pojištěnému / Poškozenému

Telefon

E-mail

ÚDAJE O VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI (Uplatňuji škodu z důvodu)

Trvalého tělesného poškození následkem úrazu

Trvalé ztráty schopnosti péče o vlastní osobu

INFORMACE O ÚRAZU

Datum

Čas

Místo / adresa vzniku úrazu

Okolnosti vzniku úrazu

Která část těla byla poškozena?

U párových orgánů:

Pravá

Levá

Byla postižena již před úrazem?

Ano

Ne

Jak?

ZPRÁVA LÉKAŘE SPECIALISTY (např. chirurg, neurolog, ortoped, oftalmolog, atd.)

Kdy a kde (podle zdravotní dokumentace) došlo k úrazu?

Jaké zanechal uvedený úraz trvalé tělesné poškození? Žádáme o zhodnocení stupně funkčního postižení (nejlépe procentuální vyjádření).

Jiné sdělení lékaře

V

Dne

Adresa zdravotnického zařízení, jméno lékaře, IČ, telefon

Razítko, podpis lékaře

ÚDAJE O OPRÁVNĚNÉ OSOBĚ (Vyplňte v případě smrti Pojištěného)

Jméno a příjmení

Vztah k Pojištěnému

Rodné číslo

Kontaktní adresa

Telefon

POJIŠTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO

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.

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 úrazové 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, pořizovala 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.

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)

VYPLNĚNÝ FORMULÁŘ PROSÍM NAHRAJTE SPOLEČNĚ SE SOUVISEJÍCÍMI DOKUMENTY PŘI HLÁŠENÍ ŠKODY NA NAŠICH WEBOVÝCH STRÁNKÁCH WWW.COLONNADE.CZ. URYCHLÍTE TÍM JEJÍ VYŘÍZENÍ!