

Číslo pojistné smlouvy

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Jméno, příjmení, titul

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

POJISTNÍK (vyplňte pokud se liší od pojištěného)

Jméno a příjmení/Název firmy

Rodné číslo/IČ

Vztah k pojištěnému

Telefon

E-mail

ÚDAJE O CESTĚ

Počátek cesty

Konec cesty

Pracovní cesta

Ano

☐

Ne

☐

Země

Číslo letu

Jméno CK / adresa / kontakty

ÚDAJE O ŠKODĚ

Léčebné výlohy a asistenční služby

☐

Odpovědnost za újmu

☐

Ztráta / poškození zavazadel a věcí osobní potřeby

☐

Právní pomoc

☐

Zpoždění zavazadel, zpoždění nebo zrušení letu

☐

Úraz a újma při manuální práci

☐

Zrušení cesty, storno poplatky

☐

Potápění, potápěčská výbava

☐

Rizikové sporty

☐

Golfová hra a výbava

☐

Veterinární a léčebné výlohy, odpovědnost

☐

Odtah vozidla, náhradní ubytování při nepojízdném vozidle

☐

Úraz - trvalé následky, smrt

☐

Jiné

☐

Datum škody

Čas škody

Místo škody (lokalita, adresa)

Popis okolností vzniku škody

Byla škoda hlášena asistenční službě?

Ano

☐

Ne

☐

Kým

Byly okolnosti újmy vyšetřovány?

Ano

☐

Ne

☐

Číslo vyšetřovacího spisu

Adresa / tel. / e-mail

Uplatnil jsem nárok na škodu u leteckého dopravce?

Ano

☐

Ne

☐

Číslo žádosti

Celková výše mnou vynaložených nákladů (ubytování, strava)

Náhrada vyplacená leteckým dopravcem

Celková nárokováná částka (v původní měně)

Výše náúčtovaných storno poplatků

POJIŠTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO NA BANKOVNÍ ÚČET

Vlastník účtu	Předčísí 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 (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, 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.

Prohlašuji, že mám sjednané ještě jiné cestovní pojištění

Ano ☐

Ne ☐

Jméno pojišťovny

Číslo smlouvy

Prohlašuji, že mám vydanou platební kartu s cestovním pojištěním

Ano ☐

Ne ☐

Jméno banky

Název karty

EC/MC ☐

VISA ☐

Jiná ☐

Jaká

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 odkazů 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)

Podpis a razítko zaměstnavatele (pokud pojištění sjednal zaměstnavatel)

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