

Číslo pojistné smlouvy

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Jméno / příjmení / titul

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

Je pojištěný držitelem uvedené karty? Ano ☐ Ne ☐

Pokud ne, uveďte jméno držitele a vztah pojištěného k držiteli

ÚDAJE O PLATEBNÍ KARTĚ

Název banky

Typ platební karty

Číslo platební karty

DRUH ÚJMY

Léčebné výlohy a asistenční služby ☐

Zpoždění letu ☐

Úraz (trvalé následky, smrt) ☐

Ztráta a poškození zavazadel a osobních věcí ☐

Právní pomoc a kauce ☐

Odpovědnost za újmy ☐

Zpoždění zavazadel ☐

Zrušení cesty ☐

Únos dopravního prostředku ☐

Jiná ☐

Jaká

Počátek cesty

Konec cesty

Pracovní cesta

Ano ☐

Ne ☐

Datum újmy

Čas újmy

Místo újmy (lokalita, adresa)

Nároková částka

Popis okolností vzniku újmy

Byly okolnosti újmy vyšetřovány? Ano ☐ Ne ☐

Kým

Číslo vyšetřovacího spisu

Adresa

SVĚDCI ÚJMY

Jméno / příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Jméno / příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Jméno / příjmení

Adresa trvalého bydliště / 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

Na účet Pojištěného ☐

Složenkou ☐

Vlastník účtu

Předčísí b.ú.

Číslo bankovního účtu / IBAN

Kód banky / SWIFT

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE PRO POJIŠTOVNU

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.

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 poskytnutí nepravdivých informací či prohlášení 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!