

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

Číslo vašich dalších smluv u Colonnade Insurance

POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

POJISTNÍK (Vyplňte, pokud se liší od Pojištěného)

Jméno a příjmení

Vztah k Pojištěnému

Telefon

E-mail

ZE SJEDNANÉHO POJISTNÉHO KRYTÍ SI NÁROKUJI POJISTNÉ PLNĚNÍ ZA (dle pojistné smlouvy):

Zlomeniny a vymknutí	☐	Rekonvalescenci/ dom. léčení násl. úrazu	☐	Chirurgický zákrok následkem nemoci	☐	Onkologickou diagnózu	☐	Jinou příčinu (např. péče o mazlíčka po dobu hospitalizace)	☐
Popáleniny a vnitřní poranění	☐	Rekonvalescenci/ dom. léčení násl. nemoci	☐	Rehabilitaci v případě úrazu	☐	Pracovní neschopnost následkem úrazu	☐	Smrt následkem úrazu	☐
Hospitalizaci následkem úrazu	☐	Chirurgický zákrok následkem úrazu	☐	Závažná onemocnění	☐	Pracovní neschopnost následkem nemoci	☐	Pohřební výlohy při úmrtí násl. úrazu	☐
Hospitalizaci následkem nemoci	☐								

INFORMACE O ÚRAZU (Vyplňte, pokud nárokujete plnění z důvodu újmy následkem 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?

Došlo k úrazu při dopravní nehodě?

Ano

☐

Ne

☐

Jaké? Kdo ji zavinil?

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

Ano

☐

Ne

☐

Kým?

Jména a adresy svědků

INFORMACE O ONEMOCNĚNÍ (Vyplňte, pokud nárokujete plnění z důvodu újmy následkem nemoci)

Kdy se projeví první příznaky onemocnění?

Bylo onemocnění klasifikováno jako nemoc z povolání?

Ano

☐

Ne

☐

Okolnosti vzniku onemocnění (uveďte, z titulu jakého onemocnění nárokujete pojistné plnění)

Trpěl(a) jste tímto onemocněním už v minulosti? Kdy? Jak a kde jste byl(a) léčen(a)?

ÚDAJE O LÉKAŘI / ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Váš současný praktický lékař, u kterého máte zdravotní dokumentaci (adresa zařízení, jméno lékaře)

ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Žádal(a) jste o přiznání invalidního důchodu? Ano ☐ Ne ☐ Kdy? Z jakého důvodu?

Od Do Stupeň: I ☐ II ☐ III ☐

Byl vám přiznán invalidní důchod? Ano ☐ Ne ☐ Z jakého důvodu?

ÚDAJE O OPRAVNĚNÉ OSOBĚ (Vyplňte v případě smrti Pojištěného)

Jméno a příjmení Vztah k Pojištěnému Rodné číslo

Kontaktní adresa E-mail Telefon

POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO

Složenkou ☐ Na bankovní účet ☐

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

Doplňující informace pro Pojišťovnu

JSTE POJIŠTĚNÝ U JINÉHO POJISTITELE? (Vyplňte, pokud nárokujete plnění z některého z uvedených krytí: Rehabilitace v případě úrazu, péče o mazlíčka při hospitalizaci, pohřební výlohy při úmrtí násl. úrazu)

Ano ☐ Ne ☐ Pokud ano, uveďte jméno pojišťovny

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

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, která 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)

Součástí hlášení je lékařská zpráva

VYPLNĚNÍ FORMULČS PROSÍM NAHRAJTE SPOLEČNĚ SE SOUVISEJÍCÍMI DOKUMENTY PŘI HLÁŠENÍ ŠKODY NA NAŠICH WEBOVÝCH STRÁNKÁCH WWW.COLONNADE.CZ. URYCHLEŤTE TĚM JEJICH VÝŠEŘENÍ