

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

Čísla vašich dalších smluv u Colonnade Insurance

POJIŠTĚNÝ

Jméno, příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

POJISTNÍK (Vyplňte pokud se liší od Pojištěného)

Jméno, příjmení

Vztah k Pojištěnému

Telefon

E-mail

ÚDAJE O VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Uplatňuji škodu z důvodu:

Úrazu (Poj. zlomenin, popálenin, vnitřních poranění)

Hospitalizace následkem úrazu

Hospitalizace následkem nemoci

INFORMACE O ÚRAZU (Vyplňte pokud nárokujete plnění z důvodu zlomenin, popálenin a vnitřních poranění / hospitalizace 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

Došlo k úrazu při výkonu zaměstnání? Ano Ne

Byl úraz klasifikován jako pracovní? Ano Ne

Popis pracovní činnosti

Byl(a) jste v době úrazu aktivním sportovcem? Ano Ne

Jaký druh sportu?

Byl(a) jste registrován(a) v nějaké organizaci? Ano Ne

Název

Od

Do

V jakém sportu? V jakých soutěžích?

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

Kdy se projeví první příznaky onemocnění?

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)?

Bylo onemocnění klasifikováno jako nemoc z povolání? Ano Ne

Ano

Ne

ÚDAJE O LÉKAŘI / ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Kde bylo poskytnuto první ošetření (adresa zařízení, jméno lékaře, datum a čas ošetření)?

Kde jste byl(a) dále léčen(a) (adresa zařízení, jméno lékaře, od–do)?

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 Kdy? Z jakého důvodu?

Ne

Byl vám přiznán invalidní důchod? Ano Od Do Stupeň: I II III

Ne Z jakého důvodu?

ÚDAJE O OPRÁVNĚNÉ OSOBĚ (Vyplňte v případě smrti Pojištěného)

Jméno, příjmení Vztah k Pojištěnému Rodné číslo

Kontaktní adresa Telefon

POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO

Složenkou Na bankovní účet

Vlastník účtu Předčíslí 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 zprůšťuji 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)

Součástí hlášení je lékařská zpráva

VYPLNĚNÉ HLÁŠENÍ A ZPRÁVU LÉKAŘE (FORMULÁŘ A) ZAŠLETE PROSÍM NA ADRESU skody@colonnade.cz