

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)

Nárokovaná 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

Předčíslí 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 (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 A PODEPSANÝ FORMULÁŘ ZAŠLETE PROSÍM NA EMAIL skody@colonnade.cz