

1. OSOBNÍ ÚDAJE

Pojistná smlouva číslo (uveďte všechny smlouvy u Colonnade):	
Nárokval(a) jste újmu u Colonnade v minulosti? <input type="checkbox"/> ano (uveďte číslo reference): <input type="checkbox"/> ne	
Jméno a příjmení poškozeného:	Datum narození:
Kontaktní adresa:	Telefon: E-mail:
Jméno pojistníka, pokud je odlišný od pojištěného:	IČ:
Vztah k poškozenému:	
Zaměstnání v době úrazu / onemocnění:	
Popis pracovní činnosti:	
Současné zaměstnání:	

2. ÚDAJE O ÚRAZU (vyplňte, pokud nárokujete pojistné plnění z důvodu úrazu)

Datum úrazu:	Čas:	Místo vzniku úrazu:
Okolnosti vzniku úrazu: (uveďte podrobně, jak a při jaké činnosti k úrazu došlo)		
Která část těla byla poškozena?		U párových orgánů <input type="checkbox"/> pravá <input type="checkbox"/> levá
Byla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jak?
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaké? Kdo ji zavinil?
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kým?
Jména a adresy svědků:		
Došlo k úrazu při výkonu zaměstnání?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Byl úraz klasifikován jako pracovní?: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Byl(a) jste v době úrazu aktivním sportovcem?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Jaký druh sportu?
Byl(a) jste registrován(a) v nějaké organizaci?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Název:
Od:	do:	V jakém sportu? V jakých soutěžích?
Máte (měl jste) uzavřenou smlouvu o profesionální sportovní činnosti?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	V jakém sportu?

3. ÚDAJE O ONEMOCNĚNÍ (vyplňte, pokud nárokujete pojistné plnění z důvodu onemocnění)

Kdy se projevily 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?: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne

4. 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:

5. ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU:

Žádal(a) jste o přiznání invalidního důchodu?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kdy?	Z jakého důvodu?
Byl vám přiznán invalidní důchod?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Od:	do:	<input type="checkbox"/> plný <input type="checkbox"/> částečný	Z jakého důvodu?

6. ÚDAJE O OPRÁVNĚNÉ OSOBĚ (vyplňte v případě smrti pojištěného):

Jméno a příjmení:	Vztah k pojištěnému:	Rodné číslo:
Kontaktní adresa:		Telefon:

7. VÝPLATA POJISTNÉHO PLNĚNÍ

<input type="checkbox"/> Poukažte na účet číslo:	Banka:	Kód banky:	Symbol:

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, 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.

Dále prohlašuji, že osoby, jejichž osobní údaje jsem Colonnade poskytl, seznámím s Pravidly ochrany osobních údajů Colonnade, a to nejpozději do 1 měsíce, od poskytnutí těchto údajů.

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>.

V	dne:	Podpis:
---	------	---------

Vyplněné formuláře Oznámení újmy včetně Zprávy lékaře a další požadované dokumenty

(Propouštěcí zprávu z nemocnice, Potvrzení o pracovní neschopnosti, protokol o dopravní nehodě, úředně ověřenou kopii úmrtního listu, totožnost oprávněné osoby, apod.)

zašlete prosím na adresu:

**Colonnade Insurance S.A., organizační složka
oddělení likvidace škod
Na Pankráci 1683/127
140 00 Praha 4**

**e-mail: skody@colonnade.cz
Tel: +420 234 108 311
www.colonnade.cz**

ZPRÁVA LÉKAŘE

Kdy a kde (podle zdravotní dokumentace) došlo k úrazu / Kdy se projeví první zdravotní potíže (datum a čas)			
Kdy došlo k prvnímu lékařskému ošetření (datum a čas, jméno lékaře, adresa zdravotnického zařízení):			
Diagnóza a podrobný popis tělesného poškození způsobeného úrazem / onemocnění			
RTG (datum, místo, popis)			
Způsob léčení:			
Operace (datum, rozsah a způsob provedení zákroku):			
Hospitalizace (od – do, zdravotnické zařízení, oddělení): (prosíme o přiložení kopie propouštěcí zprávy z nemocnice)			
Rehabilitace (od – do, zdravotnické zařízení, způsob a frekvence RHB):			
Komplikace (jaké, od – do, způsob léčení):			
Celková doba léčení (včetně komplikací)	Od:	Do	
Pracovní neschopnost vystavena	Od:	Do	
Doba, na kterou by PN byla vystavena u osob, kterým se PN nevystavuje:	Od:	Do	
Důvod proč nebyla PN vystavena:			
Jiné poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazem			
Poraněný je	<input type="checkbox"/> pravák	<input type="checkbox"/> levák	
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Jakým způsobem?			
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	Jakých?
Byl za tímto účelem proveden odběr krve?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Byla v krvi zjištěna přítomnost alkoholu?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	V jaké výši?
Bylo příčinou úrazu úmyslné sebezpoškození?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Předpokládáte, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	
Jakého pravděpodobného rozsahu? (procentuální vyjádření)			

Trpěl pojištěný tímto nebo souvisejícím onemocněním už dříve: ano ne

Jakým, kdy, jak a kde bylo léčeno?

Jiné sdělení lékaře

Potvrzuji, že se údaje ve ZPRÁVĚ LÉKAŘE týkají osoby uvedené na opačné straně formuláře OZNÁMENÍ ÚJMY

V _____ dne:

Adresa zdravotnického zařízení, jméno lékaře, IČ, telefon

razítko, podpis lékaře