

OZNÁMENÍ ÚJMY TRVALÉ TĚLESNÉ POŠKOZENÍ NÁSLEDKEM ÚRAZU

1. OSOBNÍ ÚDAJE

Pojistná smlouva číslo (uveďte všechny smlouvy u Colonnade Insurance S.A.):	
Nárokoval(a) jste škodu u Colonnade v minulosti? <input type="checkbox"/> ano (uveďte číslo reference): <input type="checkbox"/> ne	
Číslo škody, pod kterým je úraz evidován:	
Příjmení a jméno pojištěného:	Datum narození:
Kontaktní adresa:	Telefon/fax:

2. ÚDAJE O 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?		

ZPRÁVA ODBORNÉHO LÉKAŘE

Kdy a kde (podle zdravotní dokumentace) došlo k úrazu:
Jaké zanechal uvedený úraz trvalé tělesné poškození, žádáme o zhodnocení stupně funkčního postižení: (nejlépe procentuální vyjádření) Příloha formuláře: kopie zdravotní dokumentace z průběhu léčení
Poraněný je (vyplňte v případě poranění horní končetiny) <input type="checkbox"/> o pravák <input type="checkbox"/> o levák
Jiné sdělení lékaře
Potvrzuji, že se údaje ve ZPRÁVĚ LÉKAŘE týkají osoby uvedené ve hlavičce formuláře OZNÁMENÍ ŠKODY V _____ dne Adresa zdravotnického zařízení, jméno lékaře, IČ, telefon razítko, podpis lékaře

Prohlášení:

Colonnade Insurance S.A., organizační složka

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>.

3. VÝPLATA POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Poukažte na:			
Předčíslí:	Číslo účtu:	Kód banky:	Název banky:

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

Vyplněný formulář oznámení škody včetně zprávy odborného lékaře prosíme zaslat doporučeně na adresu:

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

e-mail: skody@colonnade.cz

www.colonnade.cz