

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

Číslo Vašich dalších smluv u Colonnade Insurance

Nárokoval(a) jste jakoukoliv škodu u Colonnade v minulosti?

Ano

Ne

Číslo škody, pod kterým byla evidována

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

DRUH ŠKODNÍ UDÁLOSTI

Uveďte prosím, jakou škodu nárokujete

Pojištění pro případ pracovní neschopnosti – pokračujte prosím dále v části **ÚDAJE O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI**

Pojištění pro případ hospitalizace – pokračujte prosím dále v části **ÚDAJE O HOSPITALIZACI**

Pojištění pro případ ztráty zaměstnání – pokračujte prosím dále v části **ÚDAJE O ZAMĚŠTNÁNÍ**

ÚDAJE O PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI (Pojištění pro případ pracovní neschopnosti)

Nárokuji pracovní neschopnost od–do (uveďte datum pracovní neschopnosti)

Popište detailně Vaše onemocnění / úraz, který byl důvodem Vaší pracovní neschopnosti

Léčil(a) jste se s tímto onemocněním už v minulosti?

Ano

Ne

Kdy, kde

Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu?

Ano

Ne

ÚDAJE O HOSPITALIZACI (Pojištění pro případ hospitalizace)

Uveďte datum Vaší hospitalizace (od–do)

Popište detailně Vaše onemocnění / úraz, který byl důvodem Vaší hospitalizace

Léčil(a) jste se s tímto onemocněním už v minulosti?

Ano

Ne

Kdy, kde

Jméno, adresa, kontakt vašeho současného praktického lékaře, u kterého máte zdravotní dokumentaci

Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu?

Ano

Ne

ÚDAJE O ZAMĚŠTNÁNÍ (Pojištění pro případ ztráty zaměstnání)

Název firmy, kde jste byl naposledy zaměstnán	Adresa	IČ	Trvání posledního pracovního poměru (od–do)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Byl jste zaměstnán na dobu neurčitou?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>	Došlo k rozvázání pracovního poměru ze zdravotních důvodů?	Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

ÚDAJE O OPRÁVNĚNÉ OSOBĚ (Vyplňte v případě smrti Pojištěného)

Jméno a příjmení	Vztah k Pojištěnému	Rodné číslo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktní adresa	Telefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

POJIŠTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO

Složenkou <input type="checkbox"/>	Na bankovní účet <input type="checkbox"/>		
Vlastník účtu	Předčíslí b.ú.	Číslo bankovního účtu	Kód banky
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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, 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, 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 ODPOVÍDAJÍCÍ DOKUMENTY (FORMULÁŘ B PŘÍP. C) ZAŠLETE PROŠÍM NA EMAIL skody@colonnade.cz