

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, příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

ÚDAJE O ÚRAZU PSA / KOČKY (Vyplňte, pokud nárokujete pojistné plnění z důvodu úrazu vašeho psa / kočky.)

Jméno mazlíčka

Druh zvířete

Číslo čipu

Rasa mazlíčka

Datum úrazu

Čas

Místo / adresa vzniku úrazu

Okolnosti vzniku úrazu (uveďte podrobně, jak a při jaké činnosti k úrazu došlo)

Která část těla byla poraněna?

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

Kde byl Váš mazlíček dále léčen? (adresa zařízení, jméno veterináře, od-do)

Váš současný veterinář, u kterého má Váš mazlíček zdravotní dokumentaci

ÚDAJE K POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI PSA / KOČKY (Vyplňte, pokud nárokujete plnění z pojištění odpovědnosti psa / kočky.)

Datum škody

Čas

Místo / adresa vzniku škody

Jméno, příjmení poškozeného (adresa / telefon / email)

Jaký je Váš vztah k poškozenému?

Okolnosti vzniku škody

Jedná se o odpovědnost v souvislosti s dopravní nehodou?

Ano

Ne

Kdo ji zavinil?

Byla škodní událost vyšetřována?

Ano

Ne

Kým?

Cítíte se být odpovědní za způsobenou škodu?

Ano

Ne

Byl již vznesen písemný nárok na náhradu škodu?

Ano

Ne

Vznikla škoda při výkonu myslivosti či během psích zápasů, dostihu, lovu, účasti na výstavách, závodu nebo obdobné sportovní činnosti?

Ano

Ne

Při jaké?

POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO

Složenkou Na bankovní účet

Vlastník účtu Předčíslí b.ú. – Číslo bankovního účtu Kód banky

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE PRO POJIŠTOVNU

ZPLNOMOCNĚNÍ A PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny dotazy zodpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nesprávných odpovědí a povinnost pojišťovny plnit.

Souhlasím, aby Colonnade Insurance S.A., organizační složka (dále jen „Colonnade“), získávala údaje o zdravotním stavu mého mazlíčka, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od kteréhokoliv veterináře, u kterého se můj mazlíček léčil, léčí nebo bude léčit. A dále zmocňuji Colonnade, aby si od těchto veterinářů zjišťovala informace o zdravotním stavu mého mazlíčka, nahlížela do zdravotní dokumentace a jiných záznamů o zdravotním stavu mého mazlíčka, pořizovala si z nich výpisy či opisy. Tento souhlas a zmocnění uděluji za účelem šetření pojistných událostí i na dobu po smrti mého mazlíčka.

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 166/1999 Sb., o veterinární péči a o změně některých souvisejících zákonů (veterinární zákon).

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>.

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 zpráva veterináře

VYPLNĚNÉ HLÁŠENÍ A ZPRÁVU VETERINÁŘE (FORMULÁŘ D) ZAŠLETE PROSÍM NA EMAIL skody@colonnade.cz