

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

Číslo Vašich dalších smluv u Colonnade Insurance



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

Ano

Ne

Číslo škody, pod kterým je evidována

### POJIŠTĚNÝ / POŠKOZENÝ

Jméno a příjmení

Kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

### POJISTNÍK (Vyplňte, pokud se liší od Pojištěného)

Jméno a příjmení / název společnosti

Vztah k Pojištěnému / Poškozenému

Telefon

E-mail

### ZE SJEDNANÉHO POJISTNÉHO KRYTÍ SI NÁROKUJI POJISTNÉ PLNĚNÍ ZA (dle pojistné smlouvy):

Trvalé tělesné poškození EXTRA

Invalidní vozík

Nárokováná částka



Úprava bydliště nebo vozidla



Ortopedické a kompenzační pomůcky



Pořízení asistenčního psa



Rekvalifikace



Psychologická terapie

Děti EXTRA

Ubytování pojistníka v případě hospitalizace dítěte

Nárokováná částka



Náklady na stornopoplatky za aktivity dítěte



Náklady na doučování



Osobní věci dítěte



Sportovní vybavení dítěte

Sportovní výbava

Poškození, nebo zničení sportovní výbavy

Nárokováná částka

### INFORMACE O ÚRAZU (Vyplňte, pokud nárokujete újmu následkem úrazu)

Datum

Čas

Místo / adresa vzniku úrazu

Okolnosti vzniku úrazu

### INFORMACE O ONEMOCNĚNÍ (Vyplňte, pokud nárokujete újmu následkem nemoci. Platí pro krytí Děti EXTRA)

Kdy se objevily první příznaky onemocnění

Okolnosti vzniku onemocnění (uveďte, z titulu jakého onemocnění nárokujete pojistné plnění)

**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  Kód banky

**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. Zplnomocňuji tímto podle § 50 a § 51 trestního řádu (§ 33 správního řádu) Colonnade Insurance S.A., organizační složku, případně její pracovníky, aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené události nahlížela do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činila z něho výpisky a pořizovala si na vlastní náklady kopie. V souladu s občanským zákoníkem zplnomocňuji Colonnade Insurance S.A., organizační složku, případně její pracovníky, aby v souvislosti s výše uvedenou pojistnou událostí požadovala od orgánů veřejné moci a třetích osob (např. zdravotních pojišťoven) nezbytné informace, včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich na vlastní náklady kopie.

**OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

Bližší informace o zpracování Vašich osobních údajů, včetně veškerých práv, která 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, 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)

**VYPLNĚNÝ A PODEPSANÝ FORMULÁŘ ZAŠLETE PROSÍM NA EMAIL [skody@colonnade.cz](mailto:skody@colonnade.cz)**