

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

Čísla vašich dalších smluv u Colonnade Insurance

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

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

Zlomeniny a vymknutí

Rekonvalescenci/
dom. léčení násl. úrazu

Chirurgický zákrok
následkem nemoci

Onkologickou
diagnózu

Jinou příčinu (např. péče
o mazlíčka po dobu hospitalizace)

Popáleniny a vnitřní poranění

Rekonvalescenci/
dom. léčení násl. nemoci

Rehabilitaci
v případě úrazu

Pracovní neschopnost
následkem úrazu

Smrt následkem úrazu

Hospitalizaci následkem úrazu

Chirurgický zákrok
následkem úrazu

Závažná onemocnění

Pracovní neschopnost
následkem nemoci

Pohřební výlohy při úmrtí násl. úrazu

Hospitalizaci následkem nemoci

INFORMACE O ÚRAZU (Vyplňte, pokud nárokujete plnění z důvodu újmy následkem úrazu)

Datum

Čas

Místo / adresa vzniku úrazu

Okolnosti vzniku úrazu

Která část těla byla poškozena?

U párových orgánů:

Pravá

Levá

Byla postižena již před úrazem?

Ano

Ne

Jak?

Došlo k úrazu při dopravní nehodě?

Ano

Ne

Jaké? Kdo ji zavinil?

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

Ano

Ne

Kým?

Jména a adresy svědků

INFORMACE O ONEMOCNĚNÍ (Vyplňte, pokud nárokujete plnění z důvodu újmy následkem nemoci)

Kdy se projeví první příznaky onemocnění?

Bylo onemocnění klasifikováno jako nemoc z povolání?

Ano

Ne

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)?

ÚDAJE O LÉKAŘI / ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

Váš současný praktický lékař, u kterého máte zdravotní dokumentaci (adresa zařízení, jméno lékaře)

ÚDAJE O ZDRAVOTNÍM STAVU

Žádal(a) jste o přiznání invalidního důchodu? Ano Ne Kdy? Z jakého důvodu?

Byl vám přiznán invalidní důchod? Ano Od Do Stupeň: I II III

Ne Z jakého důvodu?

ÚDAJE O OPRAVNĚNÉ OSOBĚ (Vyplňte v případě smrti Pojištěného)

Jméno a příjmení Vztah k Pojištěnému Rodné číslo

Kontaktní adresa E-mail Telefon

POJIŠTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO

Složenkou Na bankovní účet

Vlastník účtu Předčísli b.ú. Číslo bankovního účtu Kód banky

Doplňující informace pro Pojišťovnu

JSTE POJIŠTĚNÝ U JINÉHO POJISTITELE? (Vyplňte, pokud nárokujete plnění z některého z uvedených krytí: Rehabilitace v případě úrazu, péče o mazlíčka při hospitalizaci, pohřební výlohy při úmrtí násl. úrazu)

Ano Ne Pokud ano, uveďte jméno pojišťovny

Prohlašuji, že jsem tuto újmu neuplatnil u žádného dalšího pojistitele.

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 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.

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 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 ZPRÁVU LÉKAŘE (FORMULÁŘ B), POTVRZENÍ ZAMĚSTNAVATELE (FORMULÁŘ C) PŘI PRACOVNÍ NESCHOPNOSTI ZAŠLETE PROSÍM NA ADRESU skody@colonnade.cz.