COLONNADE
A FAIRFAX COMPANY

HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI
TRVALÉ TĚLESNÉ POŠKOZENÍ EXTRA, DĚTI EXTRA, SPORTOVNÍ VÝBAVA

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

Čísla 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

		Nárokovaná částka
☐	Invalidní vozík	
☐	Úprava bydliště nebo vozidla	
☐	Ortopedické a kompenzační pomůcky	
☐	Pořízení asistenčního psa	
☐	Rekvalifikace	
☐	Psychologická terapie	

Děti EXTRA

		Nárokovaná částka
☐	Ubytování pojistníka v případě hospitalizace dítěte	
☐	Náklady na stornopoplatky za aktivity dítěte	
☐	Náklady na doučování	
☐	Osobní věci dítěte	
☐	Sportovní vybavení dítěte	

Sportovní výbava

		Nárokovaná částka
☐	Poškození, nebo zničení sportovní výbavy	

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)

COLONNADE
A FAIRFAX COMPANY

HLÁŠENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI
TRVALÉ TĚLESNÉ POŠKOZENÍ EXTRA, DĚTI EXTRA, SPORTOVNÍ VÝBAVA

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 FORMULÁŘ PROSÍM NAHRAJTE SPOLEČNĚ SE SOUVISEJÍCÍMI DOKUMENTY PŘI HLÁŠENÍ ŠKODY NA NAŠICH WEBOVÝCH STRÁNKÁCH WWW.COLONNADE.CZ. URYCHLÍTE TÍM JEJÍ VYŘÍZENÍ!

Colonnade Insurance S.A., organizační složka
IČ: 044 85 297, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4
Tel.: +420 234 094 011, www.colonnade.cz