

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 A DRUH ŠKODY

Datum škody

Čas škody

Místo škody (lokalita, adresa)

Popis okolností vzniku škody

Byly okolnosti škody vyšetřovány?

Ano

Ne

Kým

Číslo vyšetřovacího spisu

Adresa

## POŠKOZENÝ (Uveďte, pokud byla škoda způsobena někomu jinému - třetí osobě)

Jméno, příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Telefon

E-mail

## ŠKODU ZAVINIL (Uveďte, koho činíte za škodu odpovědným)

Jméno, příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Telefon

E-mail

## SVĚDCI ŠKODY

Jméno, příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Jméno, příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Jméno, příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

## 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 (pro POJIŠTĚNÍ VYBAVENÍ DOMÁCNOSTI)**

Složenkou  Na bankovní účet

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

**POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO (pro POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI)**

Složenkou  Na bankovní účet

Vlastník účtu Předčísí 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 a povinnost pojišťovny plnit.

Zplnomocňuji tímto podle § 50 a § 51 trestního řádu (§ 33 správního řádu) Colonnade Insurance S.A., organizační složku (dále jen „Colonnade“), 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 (dále jen „Colonnade“), 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, 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)

**VYPLNĚNÉ HLÁŠENÍ ZAŠLETE PROSÍM NA EMAIL [skody@colonnade.cz](mailto:skody@colonnade.cz)**