

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

POJIŠTĚNÝ / POŠKOZENÝ

Jméno, příjmení	Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa		PSC
Datum nar.	Telefon	E-mail	
Zaměstnání, pozice	Popis pracovní činnosti		

POJISTNÍK

Název firmy	Vztah k poškozenému

ZE SJEDNANÉHO POJISTNÉHO KRYTÍ SI NÁROKUJI POJISTNÉ PLNĚNÍ ZA:

Dočasnou pracovní neschopnost následkem úrazu	☐	Hospitalizaci následkem nemoci	☐	Popáleniny	☐	Zlomeniny	☐
Dočasnou pracovní neschopnost následkem nemoci	☐	Hospitalizaci následkem úrazu	☐	Operaci při hospitalizaci	☐	Jiné, uveďte jaké.....	

INFORMACE O 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?		
Jaké? Kdo ji zavinil?		
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	Ano ☐ Ne ☐	
Kým?		
Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?	Ano ☐ Ne ☐	
Jména a adresy svědků		
Došlo k úrazu při výkonu zaměstnání?	Ano ☐ Ne ☐	Byl úraz klasifikován jako pracovní? Ano ☐ Ne ☐
Název zaměstnavatele	Popis pracovní činnosti	
Byl(a) jste v době úrazu aktivním sportovcem?	Ano ☐ Ne ☐	Jaký druh sportu?
Byl(a) jste registrován(a) v nějaké sport. organizaci?	Ano ☐ Ne ☐	Název
Od	Do	V jakém sportu? V jakých soutěžích?

INFORMACE O ONEMOCNĚNÍ

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

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

Kde jste byl(a) dále léčen(a) (adresa zařízení, jméno lékaře, od–do)?

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	☐	Kdy? Z jakého důvodu?	
	Ne	☐		
Byl vám přiznán invalidní důchod?	Ano	☐	Od	
			Do	
			Plný	☐
			Částečný	☐
	Ne	☐	Z jakého důvodu?	

ÚDAJE O OPRÁVNĚNÉ OSOBĚ (Vyplňte v případě smrti Poškozeného)

Jméno, příjmení	Vztah k Poškozenému	Rodné číslo
Kontaktní adresa	Telefon	

POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO

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 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, 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 Poškozeného (nebo zplnomocněného zástupce)

Součástí hlášení je lékařská zpráva

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