

Číslo pojistné smlouvy

INFORMACE O ZÁJEZDU

Pořadatel zájezdu (CK)

Kontaktní adresa

PSČ

Prodejce zájezdu

Kontaktní adresa

PSČ

Datum rezervace zájezdu

Počet osob ve smlouvě o zájezdu

Destinace (cílové místo zájezdu)

Plánované datum odjezdu

Plánované datum příjezdu

Druh dopravy

Druh ubytování

Druh stravování

Ostatní objednané služby

Celková cena zájezdu

Výše uhrazených záloh

Zaplacené dne

Výše doplatku

Zaplacené dne

Požadovaná částka pro pojistné plnění

INFORMACE O OBJEDNAVATELI ZÁJEZDU

Jméno a příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Rodné číslo

Telefon

E-mail

PLÁTCE ZÁJEZDU (pokud je odlišný od objednavatele)

Jméno a příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Rodné číslo

Telefon

E-mail

VÝDAJE PŘI ÚPADKU CK

Náhradní ubytování (místo)

Doba ubytování od

Doba ubytování do

Cena náhradního ubytování

Počet nocí v náhradním ubytování

Plátce náhradního ubytování

Datum úhrady

Příjemce platby

Náhradní stravování (místo)

Doba náhradního stravování od

Doba náhradního stravování do

Plátce náhradního stravování

Příjemce platby

Datum úhrady

Popis jiných dodatečných výdajů

Datum vynaložení

Výše dodatečných nákladů

Plátce dodatečných nákladů

Příjemce platby

POJISTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO NA BANKOVNÍ ÚČET

Způsob výplaty - možnosti: Převod na bankovní účet Složenka

Vlastník účtu Předčísloví b.ú. Číslo bankovního účtu / IBAN Kód banky / SWIFT

Rodné číslo Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa PSČ

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 nežitovní 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 pojistné události je trestným činem.

Datum vyplnění hlášení pojistné události

Podpis Pojištěného (nebo zplnomocněného zástupce)

POVINNÉ PŘÍLOHY

S tímto hlášením nám prosím rovnou zašlete následující přílohy:

Smlouva o zájezdu

Doklady o zálohách a doplatecích za zájezd

Doklady o zaplacených zálohách a doplatecích za zájezd

Doklady o všech dalších platbách spojených s pojistnou událostí

VYPLNĚNÉ HLÁŠENÍ ZAŠLETE PROSÍM NA EMAIL claims.medical@europ-assistance.cz nebo na adresu Europ Assistance s.r.o.