

Číslo pojistné smlouvy, ze které uplatňujete škodu

POJIŠTĚNÝ / POŠKOZENÝ

Jméno, příjmení

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

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?

Došlo k úrazu při dopravní nehodě?

Ano

Ne

Jaké? Kdo ji zavínil?

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány?

Ano

Ne

Kým?

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 OPRAVNĚNĚ 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 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.

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, požadovala 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 zákonně či smluvní povinností 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.