

Číslo pojistné smlouvy

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Jméno, příjmení, titul

Adresa trvalého bydliště / kontaktní adresa

PSČ

Datum nar.

Telefon

E-mail

POJISTNÍK

Název firmy

IČ

Číslo pojistné smlouvy

ÚDAJE O CESTĚ

Počátek cesty

Konec cesty

Pracovní cesta

Ano

Ne

Země

Číslo letu

Jméno CK / adresa / kontakty

ÚDAJE O ŠKODĚ

Léčebné výlohy a asistenční služby

Odpovědnost za újmu

Ztráta / poškození zavazadel a věcí osobní potřeby

Právní pomoc

Zpoždění zavazadel, zpoždění nebo zrušení letu

Úraz a újma při manuální práci

Zrušení cesty, storno poplatky

Potápění, potápěčská výbava

Rizikové sporty

Golfová hra a výbava

Veterinární a léčebné výlohy, odpovědnost

Odtah vozidla, náhradní ubytování při nepojízdném vozidle

Úraz - trvalé následky, smrt

Jiné

Datum škody

Čas škody

Místo škody (lokalita, adresa)

Popis okolností vzniku škody

Byla škoda hlášena asistenční službě?

Ano

Ne

Kým

Číslo vyšetřovacího spisu

Byly okolnosti újmy vyšetřovány?

Ano

Ne

Adresa / tel. / e-mail

Uplatnil jsem nárok na škodu u leteckého dopravce?

Ano

Ne

Číslo žádosti

Celková výše mnou vynaložených nákladů (ubytování, strava)

Náhrada vyplacená leteckým dopravcem

Celková nárokováná částka (v původní měně)

Výše naúčtovaných storno poplatků

POJIŠTNÉ PLNĚNÍ BUDE POUKÁZÁNO NA BANKOVNÍ ÚČET

Vlastník účtu	Předčíslí b.ú.	Číslo bankovního účtu / IBAN	Kód banky / SWIFT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 (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 neživotní 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.

Prohlašuji, že mám sjednané ještě jiné cestovní pojištění Ano Ne

Jméno pojišťovny	Číslo smlouvy
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prohlašuji, že mám vydanou platební kartu s cestovním pojištěním Ano Ne

Jméno banky	Název karty	EC/MC	VISA	Jiná	Jaká
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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 odkazů 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)

Podpis a razítko zaměstnavatele (pokud pojištění sjednal zaměstnavatel)

VYPLNĚNÉ HLÁŠENÍ ZAŠLETE PROSÍM NA EMAIL skody@colonnade.cz