

## FORMULÁŘ OZNÁMENÍ ÚJMY Z CESTOVNÍHO POJIŠTĚNÍ K PLATEBNÍM KARTÁM

### Údaje o platební kartě:

Název banky		Číslo pojistné smlouvy: (na asistenční kartičce)	
Typ platební karty		Číslo platební karty/	

### Údaje o pojištěném:

Jméno, příjmení, titul			
Kontaktní adresa			
Datum narození	Telefon:	E-mail	
Je pojištěný držitelem uvedené karty?	<input type="radio"/> ano <input type="radio"/> ne	Pokud ne, uveďte jméno držitele a vztah pojištěného k držiteli	

### Druh újmy:

<input type="radio"/> léčebné výlohy & asistenční služby	<input type="radio"/> zpoždění letu	<input type="radio"/> úraz (trvalé následky, smrt)
<input type="radio"/> ztráta a poškození zavazadel a osobních věcí	<input type="radio"/> právní pomoc a kauce	<input type="radio"/> odpovědnost za újmy
<input type="radio"/> zpoždění zavazadel	<input type="radio"/> zrušení cesty	<input type="radio"/> únos dopravního prostředku
<input type="radio"/> jiná _____		

Počátek cesty:  Konec cesty:  Pracovní cesta  ano  ne

Datum újmy:  Čas:  Místo:

Nároková částka (v původní měně)

### Popis okolností vzniku újmy:

Byly okolnosti újmy vyšetřovány?  ano  ne Orgán

Adresa

### Svědci újmy:

Příjmení, jméno	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>
Příjmení, jméno	<input type="text"/>	Adresa	<input type="text"/>

Pojištné plnění žádám převést na účet č./kód banky

Jsem pojištěný u jiného pojistitele:

NE  ANO (jméno pojišťovny) :

#### Prohlášení:

Pojištěný potvrzuje, že všechny uvedené informace jsou pravdivé a úplné a je si vědom důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit.

Pojištěný tímto souhlasí, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával fyzický i psychický zdravotní stav jeho a dalších pojištěných u všech lékařů, zdravotnických zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči, u kterých se léčí(a), léčí nebo bude léčit. Tento souhlas pojistník uděluje za účelem pro vyřizování pojistných událostí i na dobu po jeho smrti, a dále zmocňuje lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovování lékařských zpráv, výpisů ze zdravotní dokumentace či jejím zapůjčení pojistiteli. Tímto pojistník zprošťuje povinnosti mlčenlivosti pojistitelem dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči.

Pojištěný tímto ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů uděluje společnosti Colonnade Insurance S.A., organizační složka, IČ 04485297, Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4 (dále jen "správce") dávat souhlas se zpracováním osobních údajů, včetně citlivých osobních údajů:

- v rozsahu nezbytném pro plnění práv a závazků z pojistné smlouvy, tj. ve kterém je pojištěný správcem poskytnut při hlášení pojistné události nebo při jejím dalším řešení (prostřednictvím formuláře "Hlášení pojistné události") a ve které je správce získá od zdravotnických zařízení ve smyslu § 2828 zákona č.89/2012 Sb., občanský zákoník;
- za účelem likvidace pojistné události a vypořádání vzájemných práv a závazků z pojistné smlouvy;
- na dobu nezbytně nutnou k realizaci všech práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy.

Poskytnutím Vašich osobních údajů společnosti Colonnade v souvislosti s pojistnou událostí berete na vědomí, že Vaše Osobní údaje budou shromažďovány a zpracovány v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a s Pravidly ochrany osobních údajů, které naleznete na [www.colonnade.cz](http://www.colonnade.cz).

Poskytnuté osobní údaje bude zpracovávat správce sám nebo prostřednictvím pověřeného zpracovatele. Ve všech případech však budou zachovávány všechny povinnosti, které správci a zpracovatelům plynou ze zákona č. 101/2000 Sb. a pojištěný bude chráněn před neoprávněným zasahováním do soukromého a osobního života.

Poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, avšak v případě citlivých údajů je poskytnutí souhlasu nutné k tomu, aby pojistná události mohla být řádně prošetřena a aby na základě výsledků tohoto šetření mohlo být vyplaceno pojistné plnění.

#### Pojištěný má právo:

- na poskytnutí informace o osobních údajích, které jsou o něm zpracovávány,
- požádat pojistitele o opravu osobních údajů, zjistí-li, že osobní údaje neodpovídají skutečnosti,
- požadovat po pojistiteli vysvětlení, respektive požadovat, aby pojistitel odstranil vzniklý závadný stav, pokud pojištěný zjistí nebo se domnívá, že správce provádí zpracování jeho osobních údajů v rozporu s ochranou soukromého a osobního života pojištěného nebo v rozporu s právními předpisy,
- obrátit se v případě porušení povinnosti správce na Úřad pro ochranu osobních údajů se žádostí o zajištění opatření k nápravě.

Podpis pojištěného

Datum odeslání:

*Vyplněný formulář spolu s ostatními požadovanými dokumenty pošlete prosím na adresu:*

**Colonnade Insurance S.A., organizační složka  
oddělení likvidace škod  
V Celnici 1031/4  
110 00 Praha 1**

**e-mail: [skody@colonnade.cz](mailto:skody@colonnade.cz)  
Tel: +420 234 108 311  
Fax +420 234 108 387  
[www.colonnade.cz](http://www.colonnade.cz)**