

Údaje o smlouvě

Pojistník (jméno firmy)	Lipno Lake s.r.o.		
IČ	26100452	Číslo pojistné smlouvy:	2209272618

Údaje o pojištěném

Jméno, příjmení, titul			
Kontaktní adresa			
E-mail	@		
Datum narození		Telefon:	+420

Údaje o zakoupeném pobytu

Datum uhrazení zálohy		Datum doplacení:		Pobyt	Od:	do:
-----------------------	--	------------------	--	-------	-----	-----

Údaje o škodě

Stornopoplatky při zrušení cesty	<input type="checkbox"/>	Stornopoplatky při přerušení cesty	<input type="checkbox"/>
Datum škody		Čas škody	
Místo škody			

Spolucestující osoby:

Jméno a příjmení	Datum narození	Vztah k pojištěnému

Popis okolností vzniku škody:

Byly okolnosti škody vyšetřovány?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Kým	
Adresa, tel, e-mail			

Svědci škody

Jméno a příjmení	Telefon	e-mail

Výše načítovaných stornopoplatků	
----------------------------------	--

Celková nárokováná částka (v původní měně)	
---	--

Pojistné plnění žádám převést na účet č./kód banky	
---	--

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, 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. Dále prohlašuji, že osoby, jejichž osobní údaje jsem Colonnade poskytl, seznámím s Pravidly ochrany osobních údajů Colonnade, a to nejpozději do 1 měsíce, od poskytnutí těchto údajů.

Prohlašuji, že mám sjednané ještě jiné pojištění stornopoplatků

ano ne

Jméno pojišťovny

Číslo smlouvy

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>.

Podpis pojištěného

Datum odeslání:

Podpis pojistníka:

Razítko:

Vyplněný formulář oznámení škody spolu s dalšími požadovanými dokumenty zašlete prosím

na adresu: Colonnade Insurance S.A., organizační složka - oddělení likvidace škod,

Na Pankráci 1683/127, 140 00 Praha 4 nebo e-mailem: skody@colonnade.cz

Přílohy:

<input type="checkbox"/> Lékařská zpráva prokazující důvod zrušení/přerušeni pobytu
<input type="checkbox"/> Průkaz pracovní neschopnosti osoby nebo úmrtí list, kvůli níž došlo ke stornování/přerušeni pobytu
<input type="checkbox"/> Policejní zpráva prokazující důvod zrušení/přerušeni pobytu
<input type="checkbox"/> Kopii výpovědi potvrzenou personálním oddělením zaměstnavatele
<input type="checkbox"/> Doklad o rezervaci/ o úhradě pobytu
<input type="checkbox"/> Storno-faktura vystavená Lipno Lake ke zrušenému pobytu
<input type="checkbox"/> Jiná