

Pojistná událost č.:

ŠKODNÍ PROTOKOL – ODPOVĚDNOST ZA ŠKODY

Osobní informace

Příjmení:

Kontaktní adresa:

Jméno:

Rodné číslo:

Datum narození:

PSČ:

Kontaktní telefon:

2. kontaktní adresa:

E-mail:

Zaměstnání:

Tel. do zaměstnání:

PSČ:

Údaje o pojištění

Číslo pojistky:

Cestovní kancelář:

Datum sjednání pojištění:

Země pobytu:

Datum odjezdu:

Pobyt od-do:

Datum návratu:

Účel cesty:

Záloha na zájezd zaplacen dne:

Doprava:

Doplatek ceny zájezdu zaplacen dne:

Údaje o vzniku škody

Datum vzniku škody:

Místo vzniku škody:

Datum a hodina ohlášení policii:

Adresa policejní služebny:

Jména poškozených:

Adresy a telefon:

Doklady prokazující vznik škody (originály předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):

doklad o pojištění (talon, cestovní smlouva)

doklad o opravě poškozené věci

policejní protokol

výpověď svědků

Byla informována asistenční služba EuroAlarm?

ano

ne

Kdy (datum, hodina):

Podrobný popis vzniku škody

Jména svědků:

Adresy a telefon:

Seznam poškozených věcí

Věc	Rozsah škody	Majitel věci	Pořizovací cena	Datum koupě	Odhad škody (v Kč)

Máte sjednáno další pojištění, které kryje vzniklou škodu?

ano

ne

Pokud ano, prosíme vyplňte následující údaje:

Jméno pojistitele:

Číslo pojistné smlouvy:

Adresa pojistitele:

Jste držitelem bankovní karty (např. VISA, EC/MC, American Express, apod.):

ano

ne

Druh bankovní karty:

Vydána bankou:

Číslo bankovní karty:

Platnost karty:

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:

Číslo účtu:

Specifický symbol:

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem nezamítl(a) žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škody a stanovení výše náhrady. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se pojištěný vystavuje nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 250a tr. zák.). Souhlasím, aby Evropská Cestovní Pojišťovna a.s. zpracovávala dle zákona o ochraně osobních údajů mé osobní údaje, které získala v souvislosti s plněním práv a povinností vyplývajících z pojištění. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence závazků vyplývajících z pojistné smlouvy nebo s ní souvisejících.

Jméno pojištěného (vyplňte tiskacím písmem):

Vlastnoruční podpis:

Datum: