

Pojistná událost č.:

ŠKODNÍ PROTOKOL - ODPOVĚDNOST ZA ŠKODU

Osobní informace	
Příjmení:	Kontaktní adresa:
Jméno:	
Rodné číslo:	
Datum narození:	PSČ:
Kontaktní telefon:	
E-mail:	Zaměstnání:

Údaje o pojištění	Údaje o cestě
Číslo pojistky:	Cestovní kancelář:
Datum sjednání pojištění:	Země pobytu:
Datum odjezdu:	Účel cesty:
Datum návratu:	

Údaje o vzniku škody	
Datum vzniku škody:	Místo vzniku škody:
Datum a hodina ohlášení na policii:	
Jedná se o škodu: <input type="checkbox"/> na majetku <input type="checkbox"/> na zdraví	

Jména poškozených:	Adresy a telefon:

Doklady prokazující vznik škody (originály předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):	
<input type="checkbox"/> doklad o pojištění (talon, cestovní smlouva)	<input type="checkbox"/> doklad o opravě poškozené věci
<input type="checkbox"/> policejní protokol	<input type="checkbox"/> výpověď svědků

Pozn.: Pojišťovna si může v rámci šetření vyžádat další doklady.

Byla informována asistenční služba EuroAlarm: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Kdy (datum a hodina):
--	-----------------------

Podrobný popis vzniku škody

Jména svědků:	Adresy a telefon:

Údaje o škodě		
Poškozený	Rozsah škody na zdraví/majetku	Odhad škody v dané měně

Máte sjednáno další pojištění odpovědnosti za škodu? ANO NE

Pokud ano, vyplňte prosím následující údaje:

Jméno pojistitele:	Číslo pojistné smlouvy:
Adresa pojistitele:	

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:

Číslo účtu:	Kód banky:	IBAN (pro platby do zahraničí):
-------------	------------	---------------------------------

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škodní události a stanovení rozsahu pojistného plnění. Jsem si vědom/a toho, že uvedením nepravdivých či zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu podle § 210 tr. zák. Souhlasím, aby ERV 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: