

Pojistná událost č.:

ŠKODNÍ PROTOKOL - OSOBNÍ VĚCI

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 odjezdu:	Země pobytu:
Datum návratu:	

Údaje o vzniku škody	
Datum vzniku škody:	Místo vzniku škody:
Datum a hodina ohlášení policii:	
Datum a hodina obdržení zavazadel:	
Stav navrácených zavazadel:	
Jména svědků:	Adresy a telefon:

Doklady související se škodní událostí (originály předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):		
<input type="checkbox"/> doklad o pojištění	<input type="checkbox"/> potvrzení dopravce o zpoždění zavazadla	<input type="checkbox"/> stvrzenky o nákupu věcí, za které požadujete plnění
<input type="checkbox"/> potvrzení dopravce (P.I.R.)	<input type="checkbox"/> doklad o doručení zavazadla	<input type="checkbox"/> doklad o opravě poškozené části vozu (u odcizení zavazadel z automobilu)
<input type="checkbox"/> letenka a zavazadlový lístek	<input type="checkbox"/> policejní protokol	

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

Podrobný popis vzniku škody
Uveďte též, jaké překážky pachatel překonal, kde byly věci uloženy apod.:
Jak jste se snažil(a) zabránit vzniku škody:

Seznam věcí (odcizených, poškozených, zakoupených náhradních věcí)			
Věc	Majitel věci	Pořizovací cena v dané měně	Datum koupe

Máte sjednáno další pojištění osobních věcí (zavazadel)? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Pokud ano, vyplňte prosím následující údaje:	
Jméno pojistitele: <input type="text"/>	Číslo pojistné smlouvy: <input type="text"/>
Adresa pojistitele: <input type="text"/>	

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:		
Číslo účtu: <input type="text"/>	Kód banky: <input type="text"/>	IBAN (pro platby do zahraničí): <input type="text"/>

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): <input type="text"/>	Vlastnoruční podpis: <input type="text"/>	Datum: <input type="text"/>