



Oznámení škodné události

Odpovědnost za škodu

Číslo škodné události (vyplní Europ Assistance s.r.o.)

OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno
Příjmení
Rodné číslo /
Datum narození
Kontaktní telefon

KONTAKTNÍ ADRESA

Ulice
Číslo domu
Město
PSČ

Souhlasím, abyste mi veškerou komunikaci k této škodné události posílali elektronicky. Ne

Emailová adresa

INFORMACE O POJISTCE

Datum sjednání
Počátek cesty
Konec cesty
Destinace (stát, město)
Soukromá cesta
Pracovní cesta

INFORMACE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

Kdy se to stalo
Kde se to stalo
Datum ošetření
Datum a čas
oznámení události
policii
Řešili jste událost s naší asistencí? Ano ... Ne
Pokud ne, uveďte
důvod
Adresa policejní
služebny

INFORMACE O POŠKOZENÝCH

Poškozený 1
Poškozený 2
Poškozený 3
Poškozený 4
Podrobně popište
průběh události,
okolnosti vzniku škody
a jak jste se jí snažili
zabránit

JMÉNO, PŘÍJMENÍ, ADRESY A TELEFONNÍ KONTAKTY SVĚDKŮ UDÁLOSTI

Svěděk 1	<input type="text"/>
Svěděk 2	<input type="text"/>
Svěděk 3	<input type="text"/>
Svěděk 4	<input type="text"/>
Svěděk 5	<input type="text"/>

SEZNAM POŠKOZENÝCH VĚCÍ

Věc	Majitel věci	Rozsah škody	Pořizovací cena	Datum zakoupení	Odhad škody v Kč
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACE O DALŠÍCH POJIŠTĚNÍCH

Máte sjednané nějaké další pojištění, které kryje vzniklou událost? Ano ... Ne

Pokud ano, prosíme, vyplňte následující údaje:

Název pojišťovny Číslo pojistky

Adresa pojišťovny

Máte pojištění odpovědnosti i k bankovní kartě? Ano ... Ne

Pokud ano, prosíme, vyplňte následující údaje:

Typ bankovní karty Číslo bankovní karty
(Visa, MasterCard aj.)

Vydána bankou

KAM VÁM MŮŽEME POSLAT POJISTNÉ PLNĚNÍ

Název banky

Číslo účtu Kód banky

PROHLÁŠENÍ A ZÁVĚR

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem nezamlčel(a) žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škody a stanovení výše náhrady. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se pojištění vystavuje nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 250a tr. zák.). Souhlasím, aby Europ Assistance s.r.o. 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.

Datum Místo

Vlastnoruční podpis

Tento formulář, včetně originálů dokladu o pojištění, policejního protokolu, výpovědí svědků a dokladu o opravě poškozených věcí zašlete, prosíme, na adresu: Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1658/121, 140 00 Praha 4.