

OSOBNÍ INFORMACE

Jméno:	<input type="text"/>	Kontaktní adresa:	<input type="text"/>
Příjmení:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktní telefon:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ

Pojišťovna:	<input type="text"/>
Pojištěný:	<input type="text"/>
Číslo pojistky:	<input type="text"/>
Typ pojištění:	<input type="text"/>
Platnost od-do:	<input type="text"/>

ÚDAJE O VOZIDLE

Model vozu:	<input type="text"/>
Registrační značka:	<input type="text"/>
VIN:	<input type="text"/>
Datum první registrace:	<input type="text"/>
Vlastník:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datum události:	<input type="text"/>	Čas události:	<input type="text"/>	Viník nehody:	<input type="text"/>
Místo události:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Typ události (nehoda / porucha):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Údaje o řidiči:	<input type="text"/>	Pojišťovna viníka nehody:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vyšetřováno policií (ano/ne):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Byla kontaktována centrála Europ Assistance? (ano - ne)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pokud ne, uveďte důvod:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PODROBNÝ POPIS POJISTNÉ UDÁLOSTI

SPECIFIKACE NÁKLADŮ SPOJENÝCH S POJISTNOU UDÁLOSTÍ

Datum	Poskytovatel služeb	Popis služby a částka	Uhrazeno ano/ne

Prosíme o zaslání originálů Vámi obdržených/zaplacených dokladů. V rámci šetření si Europ Assistance s.r.o. vyhrazuje právo vyžádat doplňující doklady.

Očekáváte nějaké další účty? (ano - ne)

Máte sjednáno nějaké další pojištění, které kryje vzniklou událost? (ano - ne)

V případě že ano, vyplňte následující údaje o pojistiteli:

Pojistitel:

Číslo pojistné smlouvy:

Adresa pojistitele:

BANKOVNÍ ÚDAJE, KAM SI PŘEJETE POSLAT POJISTNÉ PLNĚNÍ

Název banky:

Číslo účtu:

Kód banky:

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 pojištěný 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.

Vlastnoruční podpis:

Jméno (vyplňte tiskacím písmem):

Datum:

Vyplněný škodní protokol, včetně originálů účtů a dalších požadovaných dokladů, prosím, zašlete na adresu:
Europ Assistance s.r.o. - Na Pankráci 1724/129 - 140 00 Praha 4