

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 Evropská 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"/> |
|   |   |                             |