

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojištění odpovědnosti za škody způsobené třetí osobě

Komu byla způsobena škoda (uveďte jméno, adresu a datum narození poškozeného)	
Uveďte podrobnosti ke vzniku a rozsahu škody	
Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ve výši <input type="text"/> měna <input type="text"/>
Škodu na majetku je třeba doložit:	Protokolem mezi poškozeným a pojištěným s uvedením data, místa škody, jak ke škodě došlo, co bylo poškozeno, pořizovací cenou věci, datem pořízení. Protokol musí být podepsán pojištěným, poškozeným a dvěma svědky s uvedením jejich plného jména, data narození a adresy. Nemůže se jednat o osoby příbuzné. Dokladem o úhradě škody.
Škodu na zdraví je třeba doložit:	policejním protokolem nebo protokolem Horské služby či jiného oficiálního státního orgánu písemným vyjádřením svědků s uvedením jejich identifikace

Ostatní údaje ke škodě a pro zaslání pojistného plnění

Kontaktoval/a jste asistenční službu:	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pokud ano, uveďte datum <input type="text"/>
Máte sjednáno další cestovní pojištění? Uveďte i pojištění v rámci platební karty.	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Název pojišťovny, banky <input type="text"/>
Pokud máte sjednáno pojištění k platební kartě, uveďte číslo karty.	
Pojistné plnění poukažte: na adresu	
Nebo na účet	číslo <input type="text"/> kód banky <input type="text"/> spec. symbol <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Požadovanou variantu zakřížkujte!

Prohlašuji, že lékařské ošetření bylo nezbytně nutné a jednalo se o akutní onemocnění nebo úraz.

V případě, že úhradu nákladů léčeni nebo majetkové škody provedl za pojištěného někdo jiný, uvede pojištěný jméno a adresu osoby nebo firmy, které má pojistitel vyplatit pojistné plnění a zároveň tím prohlašuje, že jeho nároky vůči pojistiteli jsou tímto plněním vyrovnány.

Prohlašuji, že poškozená osoba není v příbuzenském vztahu ani s pojištěným, ani s pojistníkem, ani v pracovním nebo obchodním vztahu k nim.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčeni pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události.

Podpisem potvrzují, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkršených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V _____ dne _____

Podpis pojištěného _____