

Číslo pojistné smlouvy / Policy Number

Pojistník / Policyholder

| | | | |
|--|----------------------|------------------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Příjmení nebo obchodní jméno firmy / Surname or Company name | | Jméno / Name | Titul / Academic titles |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |
| Adresa / Address | | | PSČ / Postcode |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum narození nebo IC / Date of birth or CIN | Pohlaví / Sex | Číslo pasu / Passport number | E-mail |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Telefon /Telephone | | | |

Pojištěný / Insured Person

| | | | |
|---|----------------------|------------------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Příjmení / Surname | | Jméno / Name | Titul / Academic titles |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> |
| Adresa / Address | | | PSČ / Postcode |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum narození nebo IC / Date of birth or CIN | Pohlaví / Sex | Číslo pasu / Passport number | E-mail |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| Telefon /Telephone | | | |

Všeobecné údaje / General Information

| | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Počátek pojištění (dd.mm.rrrr) / Insurance start date (dd.mm.yyyy) | Konec pojištění (dd.mm.rrrr) / Insurance end date (dd.mm.yyyy) | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Pojistná událost se stala: Date of the insurance event: den / day | hodina / hour | Město / City | Země / Country |

Pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou třetí osobě / Liability Insurance for damage caused by the insured to a third party

Uveďte podrobný popis, jak ke škodě došlo/ Explain in detail how the damage occurred:

Komu byla způsobená škoda (jméno, adresa, datum narození poškozeného, telefon) / The damage was caused to (Name of Injured Person, Date of Birth, Address, Telephone):

Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu? / Did you pay any amount for property damage?

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANO/YES | <input type="checkbox"/> NE/NO | ve výši / amount of <input type="text"/> | měna / currency <input type="text"/> |
|----------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------------|

Škodu na majetku je třeba doložit / Damage to property must be documented:

protokolem mezi pojištěným a poškozeným, kde musí být uvedeno, jak ke škodě došlo, kdy a kde k ní došlo co bylo poškozeno, v jakém rozsahu, jaká byla pořizovací cena věci a jak byla věc stará; dále musí být uvedena výše škody; protokol musí být podepsán pojištěným a poškozeným a nejméně dvěma svědky, kteří nesmí být v příbuzenském poměru s pojištěným ani poškozeným; doklad o úhradě škody
/ in a report between the insured and the injured party, stating how the damage occurred, when and where it occurred, what was damaged, to what extent, what the cost of the item was and how old it was; there shall also be a specification of the amount of damage; the report shall be signed by the insured and the injured party and at least two witnesses, who must not be in a family relationship with either the insured or the injured party; proof of payment of damages.

Škodu na zdraví je třeba doložit: / Injury must be documented:

doložit škodu na zdraví třetí osoby protokolem policie a lékařskou zprávou s podrobnou diagnózou poranění poškozeného
/ by evidence of injury to a third party by a police statement and medical report with a detailed diagnosis of the victim's injury.

Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkresených nebo neúplných opovědí na povinnost pojistitele plnit.

Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

/ I declare that I have answered all questions truthfully and completely and I am aware of the consequences of providing false information and facts in terms of the obligation of the insurer to pay out insurance benefits. / In compliance with the appropriate provisions of Act No. 101/2000 Coll., on Personal Data Protection, I agree to the processing of my sensitive and personal data.

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Datum / Date | | 20 | |

Podpis pojistníka/Policyholder's signatur