



20757

Tento formulář použijte k navázání prvního kontaktu s úsekem likvidace pojistných událostí České kanceláře pojistitelů v případě škody, která Vám byla způsobena provozem vozidla.
Po vyplnění doručte tento formulář poštou, faxem nebo osobně na adresu:

ČESKÁ KANCELÁŘ POJISTITELŮ

Milevská 2095/5

11 0 00 Praha I

telefon : +420 221413111

fax : +420 221413760

e-mail : claims@ckp.cz

Kód pojistitele

OZNÁMENÍ POŠKOZENÉHO

- Pouze oznámení
 Kompletní dokumentace

Identifikace oznámení

Já, níže podepsaný:

jméno _____ rodné číslo _____ / _____
příjmení _____ datum narození _____. _____. _____.
firma _____ IČ _____
stát / MPZ _____ ulice _____
číslo popisné _____ obec _____
PSČ _____ okres _____
telefon _____ email _____

oznamuji, že jsem níže uvedeného dne:

datum : _____. _____. _____. v _____ hodin místo (okres, obec, ulice, silnice) : _____

níže uvedeným způsobem (popište jak došlo ke škodě) _____

utrpěl následující škodu:

škoda na zdraví <input type="checkbox"/>	ostatní <input type="checkbox"/>
věcná škoda <input type="checkbox"/>	ušlý zisk <input type="checkbox"/>

v případě, že jde o vozidlo uveďte

druh vozidla _____
SPZ _____
MPZ _____

Škoda byla způsobena provozem vozidla jiné osoby

uveďte údaje, které jsou Vám známy

Vlastník vozidla/držitel vozidla osoba zapsaná v technickém průkazu vozidla

jméno _____ datum narození _____. _____. _____.
příjmení _____
firma _____ IČ _____
stát / MPZ _____ ulice _____
číslo popisné _____ obec _____
PSČ _____ okres _____
telefon _____ email _____
tahač druh vozidla _____ SPZ _____ MPZ _____
přívěs/návěs druh vozidla _____ SPZ _____ MPZ _____

v případě cizozemského vozidla uveďte

číslo zelené karty _____ platná od _____. _____. _____. do _____. _____. _____.
číslo dokladu o hraničním pojištění _____ - _____ - _____ - _____ platný od _____. _____. _____. do _____. _____. _____.
Šetřeno Policií ČR v : _____ pod č.j.: _____

V _____
Dne _____. _____. _____.

Podpis