



61298

Dieses Formular dient zum Aufnehmen des ersten Kontakts mit der Schadenabteilung des Tschechischen Büros der Versicherer, falls der Schaden Ihnen durch ein Fahrzeug verursacht wurde. Dieses Formular ist nach dem Ausfüllen per Post, per Fax, per Mail oder persönlich an folgende Adresse zuzustellen.

TSSCHECHISCHES BÜRO DER VERSICHERER

Na Pankráci 1724/129

140 00 Praha 4

telefon : +420 221413111

fax : +420 221413110

e-mail : claims@ckp.cz

MELDUNG DES GESCHÄDIGTEN

Ich unten unterzeichneter:

Name, Geburtsnr., Familienname, Geburtsdatum, Firma, Identifikationsnr. der Firma, Staat/internationales Kennzeichen des Staates, Strasse, Hausnr., Gemeinde, PZL, Kreis, Telefonnr., Faxnr.

gebe bekannt, dass ich am unten angeführten Tage : Datum, um Uhr Ort, auf die unten angeführte Art (beschreiben Sie, wie es zum Schaden gekommen ist)

folgenden Schaden erlitten habe: Gesundheitschaden, Sonstiges, Sachschaden, Gewinnverlust, Fahrzeugart, SPZ - amtliches Kennzeichen, Internationales Kennzeichen des Staates

der Schaden wurde durch Betrieb des Fahrzeuges eines Dritten verursacht : (führen Sie bitte die Angaben an, die ihnen bekannt sind) Fahrzeughalter die im Fahrzeugbrief eingetragene Person :

Name, Geburtsdatum, Familienname, Identifikationsnr. der Firma, Firma, Staat/internationales Kennzeichen des Staates, Strasse, Hausnr., Gemeinde, Post code, Kreis, Telefonnr., Faxnr., Sattelschlepper, Anhänger/ Auflieger, SPZ - amtliches Kennzeichen, internationales Kennzeichen des Staates

Im Falle eines ausländischen Fahrzeuges führen Sie bitte an : Nummer der Grünen Karte, gültig vom, bis, Grenzversicherungspolice, gültig vom, bis, ermittelt von der Polizei der Tschechischen Republic

In: Datum, Ihr Unterschrift