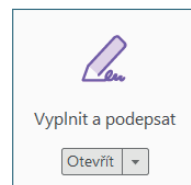




Návod na vyplnění a podepsání formulářů PDF

1 Otevřete formulář PDF v aplikaci Acrobat nebo Reader.

2 Vyberte nabídku Nástroje > Vyplnit a podepsat.



3 Po otevření nástroje vyplníte text do modrých rámečků. U zaškrťovacích polí pouze označíte odpovídající variantu, v případě kolonky „Jiné/Jiný“ odpověď doplníte.

4 V momentě, kdy budete mít vyplněná všechna pole krom podpisu, kliknete na „Podepsat“ a „Přidat podpis“ v horní liště nad dokumentem.

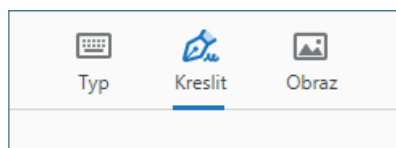
Vyplnit a podepsat

Podepsat

Přidat podpis +

Přidat iniciály +

5 Po rozkliknutí se Vám otevře okénko s možnostmi podpisu, vyberte prosím variantu „Kreslit“ a podepište se.



6 Poté už pouze vložíte tvůj podpis na místo „Pojistník“ nebo „Pojištěný“.



7 Dokument uložte, zašlete nám ho na likvidace@defendinsurance.eu a my se Vám co nejdříve ozveme.





DEFEND INSURANCE
A FORTEGRA COMPANY

Formulář pro hlášení škodní události z pojištění klíčů DEFEND Key Protect

Detaily pojistné smlouvy a pojištěného

Číslo pojistné smlouvy: ID klíčenky DEFEND Key Protect:
Pojištěný: RČ/IČO:
Telefonní kontakt: E-mail:
Značka a typ vozidla: Registrační značka:
VIN: Počet klíčů k vozidlu: 1 2 3 a více

Detaily škodní události

Datum vzniku škodní události: Datum nahlášení ŠU:
Škoda nahlášená do online systému na www.DefendKey.eu: ANO - datum: NE
Škodní událost: Odcizení klíče Ztráta klíče Poškození klíče Uzamčení klíče ve vozidle
Místo události: Náhradní klíč od vozidla byl v době události k dispozici: ANO NE
Škodní událost - popis:

V případě schválení pojistné události chci vyplatit pojistné plnění na číslo účtu:

Pro likvidaci škodní události je společně s tímto formulářem třeba dodat následující dokumenty:

- Faktura za duplikát klíče / Odemčení vozidla
- Kopie obou stran Osvědčení o registraci vozidla, část II. (Technický průkaz)
- Kopie Protokolu Policie ČR o Nahlášení odcizení klíče (v případě odcizení)

Pojistitel si vyhrazuje právo kdykoliv v průběhu šetření Škodní události požadovat další relevantní doklady nad rámec výše uvedených pro prokázání nároku na pojistné plnění.

Prohlašuji, že všechny uvedené informace jsou pravdivé a úplné, a souhlasím s uplatněním nároku na pojistné plnění u pojistitele.

V dne

Pojištěný

Vyplněný formulář zašlete elektronicky na adresu: likvidace@defendinsurance.eu

Případně poštou na adresu: DEFEND INSURANCE s.r.o., Roztylská 1860/1, 148 00 Praha - Chodov



DEFEND INSURANCE
A FORTEGRA COMPANY