



Souhlas s postoupením pojistného plnění

(žádost o vystavení krycího dopisu ve prospěch servisu)

Číslo škodné události:

(nebylo-li doposud přiděleno, uveďte číslo pojistné smlouvy)

Datum a hodina škodní události:

Klient / Poškozený

Jméno a Příjmení (název firmy):

Adresa / sídlo:

RČ (číslo OP) / IČ:

Vozidlo

Značka a typ:

RZ (SPZ): VIN:

V návaznosti na oznámení škodné události, označené shora uvedeným číslem, žádám o poukázání pojistného plnění, na základě servisem vystavené faktury a max. do její výše, na:

Bankovní účet servisu č.: 6136420001/5500

(variabilní symbol = číslo faktury)

Název servisu: Autoservis Hoffmann s.r.o.

Adresa provozovny: Průmyslová 1577, 198 00 Praha 9 Kyje, Vrchlického 30/36, 155 00 Praha 5 Košíře
IČ: 27144020

Prohlašuji, že případný rozdíl mezi fakturovanou částkou a pojistným plněním (např. sjednaná spoluúčast, DPH) uhradím servisu.

Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní nebo citlivé údaje souladu se z.č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a to podobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností vyplívajících ze zákona o pojišťovnictví, zákona o pojistné smlouvě, případně dalších právních předpisů v souvislosti s likvidací předmětné škodní události a zároveň prohlašuji, že jsem byl poučen o svých právech a povinnostech pojistitele dle z.č. 101/2000n Sb. Souhlas se vztahuje i na osobní a citlivé údaje osoby, jejímž jsem zákonným zástupcem. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel pro výše uvedené účely poskytl získané údaje jiným pojistitelům, České asociaci pojišťoven a České kanceláři pojistitelů.

V dne

.....
Podpis vlastníka / provozovatele
nebo oprávněné osoby
(u firmy vč. razítka)