

## Souhlas s postoupením pojistného plnění za náhradní vozidlo

(žádost o vystavení krycího dopisu ve prospěch servisu)

Číslo škodné události : .....  
(nebylo-li doposud přiděleno, uveďte číslo pojistné smlouvy, datum a hodinu škodné události)

### Klient / Poškozený

Jméno a příjmení (název firmy) : .....

adresa / sídlo : .....

RČ (číslo OP) / IČ : .....

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

**bankovní účet servisu č. : 51-1571880237/0100**

(variabilní symbol = číslo faktury)

název servisu : **Autoservis Hoffmann s.r.o.**

adresa provozovny: Vrchlického 30/36, 15000 Praha 5

IČ : 27144020

Klient/Poškozený bere na vědomí, že UNIQA pojišťovna uhradí náklady za náhradní vozidlo v případě, že tento nárok vznikl a to z:

1. havarijního pojištění, max. do limitu stanoveném v pojistné smlouvě
2. pojištění odpovědnosti provozu motorového vozidla pojištěného u UNIQA pojišťovny, jehož provozem byla způsobena škoda poškozenému na jeho vlastním vozidle.

Náklady na zapůjčení náhradního vozidla budou proplaceny za dobu nezbytně nutnou t.j. doba odpovídající opravě poškozeného vozidla dle časových norem a nezbytných technologických prostojů, max. ve výši nákladů za vozidlo stejné nebo nižší kategorie, jako je poškozené vozidlo.

Klient/Poškozený bere na vědomí, že UNIQA pojišťovna nebude hradit náklady na pohonné hmoty a ostatní provozní kapalinu.

Klient/Poškozený prohlašuje, že uhradí náklady (resp. jejich část) za náhradní vozidlo v případě, že nebudou splněny podmínky bodu 1. a 2. odstavce výše uvedeného.

Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní nebo citlivé údaje v souladu se z.č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností vyplývajících ze zákona o pojišťovnictví, zákona o pojistné smlouvě, případně dalších právních předpisů v souvislosti s likvidací předmětné škodné události a zároveň prohlašuji, že jsem byl poučen o svých právech a povinnostech pojistitele dle z.č. 101/2000 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)