



Souhlas s postoupením pojistného plnění

(žádost o vystavení krycího dopisu ve prospěch servisu)

Číslo škodní události :
(nebylo-li doposud přiděleno, uveďte číslo pojistné smlouvy)

Datum a hodina škodné 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. : 1031030880/5500
(variabilní symbol = číslo faktury)

Název servisu : **AUTO QliniQ s.r.o.**

Adresa provozovny : Křivenická 863/50, 181 00 Praha 8 - Čimice

IČ : 27169642

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 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 škodní 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

Auto QliniQ s.r.o. ③



www.qliniq.cz

Křivenická 863/50
Praha 8 - Čimice
IČO: 27169642
DIČ: CZ27169642

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