



Formulář pro hlášení škodné události

DŮLEŽITÉ POKYNY:

- Pojmy použité v tomto formuláři mají shodný význam jako v Pojistné smlouvě, Pojistném programu a Všeobecných pojistných podmínkách pojištění MBI.
- Formulář je třeba vyplnit, podepsat a zaslat Pojistiteli, včetně všech relevantních dokumentů požadovaných Pojistitelem.
- Prosím, vyplňte všechny části tohoto formuláře a ujistěte se, že jste řádně uvedl(a) všechny požadované informace. V případě potřeby vytvořte a podepište přílohy s dalšími informacemi.
- Neúplně vyplněný nebo nepodepsaný formulář bude Pojistitelem odmítnut. Pojistitel se k opravě vozidla vyjádří až po předložení kompletně vyplněného a podepsaného formuláře.
- Při komunikaci či korespondenci s Pojistitelem vždy, prosím, uvádějte číslo Pojistné události a rovněž číslo Pojistné smlouvy pojištění MBI.

Číslo Pojistné smlouvy	Číslo Pojistné události
Údaje o Pojištěném	Údaje o Vozidle
Jméno / Název Pojištěného	Značka, model
Adresa Pojištěného	VIN
Kontaktní osoba (*)	Registrační značka
Telefon	Datum vzniku Poruchy
Plátce DPH (Ano/Ne)	Stav km k datu Poruchy

(*) V případě právnické osoby uveďte celé jméno osoby, která předkládá tento formulář (statutární zástupce nebo osoba pověřená písemnou plnou mocí).

Popis závady

Údaje o opravci

Jméno / Název opravce	IČO / DIČ
Adresa opravce	Telefon
Kontaktní osoba	Plátce DPH (Ano/Ne)

Odhad nákladů na opravu

Materiál	Cena bez DPH

Práce	Hodinová sazba za práci	Cena bez DPH

Údaje pro účely nároku z pojištění Autocheck (případné pojistné plnění bude zasláno na níže specifikovaný bankovní účet)

Vlastník bankovního účtu	Číslo bankovního účtu
--------------------------	-----------------------

PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný Pojištěný tímto prohlašuji, že všechny mnou poskytnuté informace na tomto formuláři včetně všech příloh, prohlášení, stanovisek a vyhlášení v souvislosti s uplatňovaným nárokem na pojistné plnění jsou pravdivé a úplné. Dále prohlašuji, že jsem si plně vědom povinnosti Pojištěného i Pojistitele postupovat při likvidaci PU v souladu s příslušnou legislativou, sjednanou Pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami (zejména součinnost Pojištěného při šetření PU, apod.). Dále prohlašuji, že osoby, jejichž osobní údaje jsem Pojistiteli poskytl, seznámím s Pravidly ochrany osobních údajů Pojistitele, a to nejpozději do 1 měsíce, od poskytnutí těchto údajů.

Datum vyplnění hlášení PU	Podpis Pojištěného (nebo zplnomocněného zástupce)
---------------------------	---

Vyplněný a podepsaný formulář zašlete na adresu organizační složky uvedenou výše.