

## Formulár pre uplatnenie nároku

### DÔLEŽITÉ POKYNY:

- Pojmy použité v tomto formulári majú zhodný význam ako v Poistnej zmluve, Poistnom programe a Všeobecných poistných podmienkach poistenia MBI.
- Formulár je potrebné vyplniť, podpísať a zaslať Poistiteľovi, vrátane všetkých relevantných dokumentov požadovaných Poistiteľom.
- Prosím, vyplňte všetky časti tohto formulára a uistite sa, že ste riadne uviedli všetky požadované informácie. V prípade potreby vytvorte a podpíšte prílohy s ďalšími informáciami.
- Neúplne vyplnený alebo nepodpísaný formulár bude Poistiteľom vrátený na doplnenie. Poistiteľ sa k oprave vozidla vyjadrí až po predložení kompletne vyplneného a podpísaného formulára.
- Pri komunikácii či korešpondencii s Poistiteľom vždy, prosím, uvádzajte číslo Poistnej udalosti a taktiež číslo Poistnej zmluvy poistenia MBI.

Číslo Poistnej zmluvy		Číslo Škodovej udalosti	
<b>Údaje o Poistenom</b>		<b>Údaje o Vozidle</b>	
Meno / Názov Poisteného		Značka, model	
Adresa Poisteného		VIN	
Kontaktná osoba (*)		Registračná značka	
Telefónne číslo		Dátum vzniku Poruchy	
Platca DPH ( Áno/Nie )		Stav km k dátumu Poruchy	

(\*) V prípade práv. osoby uveďte celé meno osoby, ktorá predkladá tento formulár (štatutárneho zástupcu alebo osoby poverenej písomnou plnou mocou).

### Popis závady

### Údaje o opravcovi

Meno / Názov opravcu		IČO / DIČ	
Adresa opravcu		Telefónne číslo	
Kontaktná osoba		Platca DPH ( Áno/Nie )	

### Odhad nákladov na opravu

Materiál		Cena bez DPH
Práca	Hodinová sazba za prácu	Cena bez DPH

### Údaje pre účely nároku z poistenia Autocheck (prípadné poistné plnenie bude zaslané na nižšie špecifikovaný bankový účet)

Vlastník bankového účtu		Číslo bankového účtu	
-------------------------	--	----------------------	--

### PREHLÁSENIE POISTENÉHO

Ja, nižšie podpísaný Poistený týmto prehlasujem, že všetky mnou poskytnuté informácie na tomto formulári vrátane všetkých príloh, prehlásení, stanovísk a vyhlásení v súvislosti s uplatňovaným nárokom na poistné plnenie sú pravdivé a úplné.

Ďalej prehlasujem, že som si plne vedomý povinností Poisteného a Poistiteľa postupovať pri likvidácii PU v súlade s príslušnou legislatívou, zjednanou Poistnou zmluvou a poistnými podmienkami (najmä súčinnosť Poisteného pri šetrení PU, apod.)

Dátum vyplnenia hlásenia		Podpis Poisteného (alebo splnomocneného zástupcu)	
--------------------------	--	---	--

**Vyplnený a podpísaný formulár zašlite na nižšie uvedenú adresu.**

**Colonnade Insurance S.A.**, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Digital park II, Einsteinova 23, 851 01 Bratislava