

Formulár pre hlásenie škodovej udalosti

DÔLEŽITÉ POKYNY:

1. Pojmy použité v tomto formulári majú zhodný význam ako v Poistnej zmluve, Poistnom programe a Všeobecných poistných podmienkach poistenia MBI.
2. Formulár je potrebné vyplniť, podpísať a zaslať Poistiteľovi, vrátane všetkých relevantných dokumentov požadovaných Poistiteľom.
3. 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.
4. Neúplne vyplnený alebo nepodpísaný formulár bude Poistiteľom vrátený na doplnenie. Poistiteľ sa k oprave vozidla vyjadrí až po predložení kompletne vyplneného a podpísaného formulára.
5. 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
Údaje o Poistenom	Údaje o Vozidle
Meno / Názov Poisteného	Značka, model
Adresa Poisteného	VIN
Kontaktná osoba (*)	Evidenčné číslo (ŠPZ)
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 (prípadne poistné plnenie bude zaslané na nižšie špecifikovaný bankový účet)			
Vlastník bankového účtu		Číslo bankového účtu	

PREHLÁSENIE POISTENÉHO	
<p>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.</p> <p>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.)</p> <p>Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté Informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poistiteľa www.colonnade.sk</p>	

Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:			
a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/>	áno	<input type="checkbox"/>
b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/>	áno	<input type="checkbox"/>
c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade	<input type="checkbox"/>	áno	<input type="checkbox"/>

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

Vyplnený a podpísaný formulár zašlite na nižšie uvedenú adresu.