

# Oznámení škodné události z pojištění asistenčních služeb

## Technická asistence vozidlům

Datum škodné události (dále jen ŠU):\*  Hodina:

Místo\* (stát, obec + ulice, č.domu, resp. č. komunikace a kilometrovník)

Šetřeno policií?\* ne  ano  šetřeno kým:

Svědci: Jméno a příjmení:  Kontaktní tel., e-mail:   
(případně další svědky uveďte na druhé straně formuláře)

Řidič vozidla v době škodné události: Telefon:  E-mail:

Jméno a příjmení:  Datum narození:

Adresa:  Telefon:

E-mail:

Vztah řidiče k osobě nahlašující ŠU \*\*: příbuzný  zaměstnanec  leasingový nájemce  jiný:  jaký?:

Pojištník:\* shodný s řidičem? ano  ne  IČ:  DIČ:

Název:  / Jméno a příjmení:  Datum nar.:

Adresa:  E-mail:  Telefon:

Plátce DPH? ne  ano

Vztah pojištníka ke společnosti provádějící asistenci \*\*: žádný  shodné IČO  stejný majitel  jiný:

jaký?:

Vozidlo, kterému byly poskytnuty asistenční služby:\*

Motorové vozidlo:

Tov.značka, typ:

Rok výroby:

Registr. značka:

Č. poj. smlouvy:

Příčina nepojízdnosti:\* nehoda  porucha

Upřesnění co bylo na vozidle poškozeno:\*

Přípojné vozidlo:

Tov.značka, typ:

Rok výroby:

Registr. značka:

Č. poj. smlouvy:

Příčina nepojízdnosti:\* nehoda  porucha

Upřesnění co bylo na vozidle poškozeno:

Popis průběhu škodné události a následně využitých asistenčních služeb:\*

Kontaktoval při vzniku ŠU řidič (nebo někdo jiný, kdo zastupuje pojištěného klienta) naší asist. službu? \* \*\*

ano  ne

Bylo Vám přiděleno číslo ŠU/spisu? Pokud ano, doplňte:

pokud ano, kdo kontaktoval:  kdy:  z jakého tel.č.:

pokud ne, jaké objektivní důvody hodné zřetele Vám bránily spojit se s asist. službou? Prosím doplňte:

V případě kladného posouzení má být pojistné plnění vyplaceno:\*

a) na číslo účtu:  kód banky:  (majitel účtu: )

b) poštovní poukázkou na adresu:

Já, níže podepsaný pojištěný (viz. údaje o mně vyplněné výše) tímto čestně prohlašuji, že informace obsažené v tomto formuláři jsou pravdivé.

Jsem si vědom možných důsledků pojistného podvodu, pokud by bylo zjištěno úmyslné uvedení nepravdivých skutečností.

Níže podepsaný tímto rovněž ve smyslu zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, dává společnosti AWP Solutions R a SR, s.r.o.

IČ: 25622871 souhlas se zpracováním osobních údajů, včetně citlivých osobních údajů, v rozsahu nutném pro likvidaci výše uvedené škodné události.

V\*  dne\*

Podpis pojištěného:\*

\* takto označené údaje jsou povinné \*\* zaškrtněte co se hodí

V případě potřeby uveďte další informace na druhé straně formuláře

Vyplněný formulář zašlete prosím spolu s ostatními vyžádanými doklady na adresu asistenční služby:

AWP Solutions R a SR, s.r.o., Jankovcova 1596/14b, 170 00 Praha 7, R