

Souhlas s postoupením pojistného plnění – žádost o krycí dopis

Krycí dopis žádáme zaslat na info@autosklosos.cz

Dodavatel: NEPLÁTCE DPH	Klient:
Název servisu: AUTOSKLO BULÁNEK, s.r.o.	Jméno, příjmení/obchodní jméno:
Ulice: Mendíků 364/7	Ulice, číslo domu:
PSČ Město: 143 00 Praha 4 - Michle	PSČ Město:
IČ: 24685879 DIČ: CZ24685879	RČ nebo IČ:
Číslo bankovního účtu: 3030395/ 5500	

Prohlášení

Tímto dávám neodvolatelný příkaz pojišťovně, aby odpovídající částka pojistného plnění pojistitelem vypočteného

z pojistné události č.: _____

na vozidle: _____

REG. ZN. (SPZ): _____

Datum, čas, místo vzniku pojistné události: _____

byla, na základě vystavené faktury a maximálně do její výše, poukázána na výše uvedený bankovní účet dodavatele. Zavazuji se, že případný rozdíl mezi fakturovanou cenou opravce a pojistným plněním pojistitele při převzetí vozidla opravci uhradím. V případě neproplacení plnění pojišťovnou, z jakéhokoliv důvodu, se zavazuji uhradit tuto částku do 14 dnů po oznámení skutečnosti opravcem, dle výše faktury. **Současně zplnomocňuji výše uvedenou opravnu k nahlášení škodné události.**

v: Praze dne :



Podpis klienta nebo oprávněné osoby,

u firmy vč. razítka