



Pojišťovna: .....

Žádám tímto, aby pojistné plnění škodní události číslo: .....  
bylo zasláno krycím dopisem na:

Č.Ú. 1031030880/5500

Adresa: Křivenická 863/50, 181 00 Praha 8 - Čimice

**Jméno:** .....

**Adresa:** .....

**Typ vozu:** .....

**SPZ:** .....

**VIN:** .....

V ..... dne .....

.....  
Podpis (razítko)

**AUTO QliniQ s.r.o.** ①  
**Auto QliniQ**  
www.qliniq.cz  
Křivenická 863/50  
181 00 Praha 8  
IČO: 27169642  
DIČ: CZ27169642



www.qliniq.cz