



Pieczęć jednostki organizacyjnej

....., dnia
Miejscowość data

.....
nr polisy

**ZGŁOSZENIE SZKODY
Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OGÓLNEJ**

*) niepotrzebne skreślić

I. INFORMACJE OGÓLNE	
1. Data, godzina	
2. Miejsce szkody (określić jak najdokładniej konkretny odcinek drogi, na którym doszło do zdarzenia np.: kategoria drogi, nr drogi, kilometraż, kierunek jazdy, najbliższe miejscowości, czy jest to teren zabudowany itp.)	
3. Przyczyna powstania szkody	
4. Poszkodowany a) imię i nazwisko b) adres c) numer tel.: d) adres e-mail: e) PESEL	
5. Świadcowie wypadku: a) imię i nazwisko b) adres c) numer tel. f) adres e-mail:	
6. Czy poinformowano o zdarzeniu odpowiednie służby	☐ TAK ☐ NIE jeśli tak to jakie: Policję: ☐ TAK ☐ NIE data zgłoszenia i dane komisariatu Policji: Pogotowie ratunkowe: ☐ TAK ☐ NIE Straż Pożarną: ☐ TAK ☐ NIE Straż Miejską: ☐ TAK ☐ NIE Inne: ☐ TAK ☐ NIE
7. Czy poszkodowany przyczynił się do powstania szkody?	☐ TAK ☐ NIE

8. Jakiego rodzaju szkody spowodował wypadek?	☐ szkody osobowe ☐ szkody w pojeździe ☐ pozostałe szkody rzeczowe
9. Czy poszkodowany był:	☐ pieszym ☐ kierowcą pojazdu mechanicznego ☐ rowerzystą ☐ pasażerem pojazdu mechanicznego ☐ pasażerem innego pojazdu, prosimy o wskazanie danych właściciela pojazdu i numeru rejestracyjnego pojazdu inne
10. Czy poszkodowany w chwili wypadku znajdował się:	pod wpływem alkoholu ☐ TAK ☐ NIE narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych ☐ TAK ☐ NIE
11. Czy wdrożono postępowanie karne i przeciwko komu?	
12. Wysokość roszczenia (wstępna wycena strat):	Kwota: (słownie:)
13. Dyspozycja płatnicza: a) świadczenie proszę przekazać na konto bankowe: Zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia jednostki likwidującej szkodę o zmianie ww. numeru konta. b) świadczenie proszę przekazać za pośrednictwem poczty:	Nr rachunku bankowego Właściciel konta: Adres do przekazu pocztowego:
14. Dokładny opis wypadku (załączyć szkic), przyczyna szkody i zakres uszkodzeń:	

II. SZKODY OSOBOWE 15. Proszę określić istotę szkody, czy wypadek spowodował np.: jeżeli nie, jak długo może trwać leczenie, czy istnieje możliwość trwałego kalectwa?	☐ uszkodzenia ciała ☐ śmierć ☐ inne
III. SZKODY W POJEŹDZIE 16. Dane pojazdu: a) marka, model i typ pojazdu b) rodzaj pojazdu c) nr rejestracyjny pojazdu d) VIN	
17. Miejsce postoju uszkodzonego pojazdu: Adres, pod którym można dokonać oględzin: W czyjej obecności można dokonać oględzin pojazdu: Imię i nazwisko Nr telefonu	
18. Czy zgłoszono już roszczenia o odszkodowanie z dobrowolnego ubezpieczenia np. AC? W jakiej wysokości? Gdzie zgłoszono roszczenie?	☐ TAK ☐ NIE Wysokość roszczenia: Gdzie zgłoszono:
IV. POZOSTAŁE SZKODY RZECZOWE 19. Co zostało uszkodzone i w jakim stopniu? 20. Ile w przybliżeniu wyniesie koszt naprawy uszkodzonej rzeczy? 21. Kiedy, gdzie i za jaką cenę zostały nabyte uszkodzone w wypadku przedmioty?	

Do zgłoszenia załączam:

- ☐ kserokopię dowodu osobistego
- ☐ kserokopię prawa jazdy
- ☐ kserokopię dowodu rejestracyjnego (w przypadku uszkodzeń w pojeździe)
- ☐ dokumentacja fotograficzna z miejsca zdarzenia oraz uszkodzonego / zniszczonego mienia (aparatury z datownikiem)
- ☐ inne (wymienić jakie):

Na powyższe pytania odpowiedziałem/łam zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Oświadczam, że w przypadku ustalenia innych okoliczności zdarzenia, niż te które podałem w niniejszym zgłoszeniu szkody, skutkujących odmową wypłaty odszkodowania, poniosę pełne koszty postępowania dowodowego i likwidacji szkody, wynikłe z naruszenia powyższego obowiązku informacyjnego.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych podczas realizacji zadania, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz z Ustawą o ochronie danych osobowych z 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000).

....., dnia
Miejscowość data

.....
podpis zgłaszającego szkodę (poszkodowanego)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dotyczących stanu zdrowia przez TUIR WARTA S.A., 00-805 WARSZAWA, ul. Chmielna 85/87 w celu i zakresie realizacji procesu likwidacji szkody zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz.883 z późn. zm.).

....., dnia
Miejscowość data

.....
podpis zgłaszającego szkodę (poszkodowanego)

Adres, nr tel i dane kontaktowe Ubezpieczonego:

.....
.....
.....

Niniejsze zgłoszenie należy przesłać do:

.....
.....
.....