

**ZAWIADOMIENIE
O SZKODZIE Z UBEZPIECZENIA OC ZARZĄDCY DROGI**

Nr szkody

Data zdarzenia	Godzina	Miejsce (miejscowość, ulica, trasa przejazdu, numer drogi)
-------------------------	------------------	--

WŁAŚCICIEL POJAZDU

Imię, nazwisko (nazwa firmy)

Adres (dla doniesień).....

Nr telefonu:

UŻYTKOWNIK POJAZDU

Imię, nazwisko (nazwa firmy)

Adres (dla doniesień).....

Nr telefonu

Podstawa użytkowania pojazdu
umowa leasingu, umowa najmu, umowa przewłaszczenia na bank, inne

KIERUJĄCY POJAZDEM

Imię, nazwisko rok urodzenia

Adres nr telefonu

Prawo jazdy: nrkategoriarok wydania ważne do

Świadectwo kwalifikacji: nr rok wydania ważne do

Kierujący jest:
(właścicielem pojazdu, współwłaścicielem, pracownikiem właściciela lub użytkownika, inne – wymienić)

POJAZD (przedmiot szkody)

Rodzaj pojazdu Marka, model, typ

Nr rejestracyjny nr nadwozia (VIN)

Nr silnika Rok produkcji Kolor nadwozia

Nr dowodu rejestracyjnego Badania techniczne ważne do

Przebieg (km) Pojemność silnika (cm³) Data zakupu

Nr polisy ubezpieczenia OC wydana przez

Nazwa zakładu ubezpieczeń (dotyczy ubezpieczenia AC).....

Nr polisy ubezpieczenia AC suma ubezpieczenia (zł)

Przeznaczenie pojazdu
(użytek własny, transport zarobkowy, działalność gospodarcza, inne – opisać)

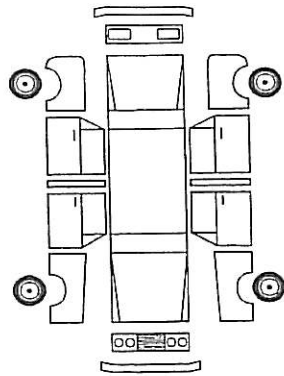
DOTYCZY POSZKODOWANEGO

WARUNKI RUCHU (w miejscu zdarzenia)

Rodzaj nawierzchni drogi, Stan nawierzchni, Nasilenie ruchu

Dopuszczalna prędkość, Warunki pogodowe

Prosimy o zaznaczenie znakiem X uszkodzonych części



Przód

Opis uszkodzeń powstałych w wyniku ww. zdarzenia

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

USZKODZENIA POJAZDU POWSTAŁE PRZED WW. ZDARZENIEM - prosimy wymienić, jakie uszkodzenia nie naprawione posiadał pojazd przed szkodą i w którym zakładzie ubezpieczeń zgłoszono szkodę.....
.....

MIEJSCE POSTOJU USZKODZONEGO POJAZDU

Adres pod którym można dokonać oględzin pojazdu
W czyjej obecności można dokonać oględzin pojazdu
(imię, nazwisko, nr telefonu)

SZKODY POZA POJAZDEM

Czy są szkody rzeczowe poza pojazdem? Tak Nie ; jeśli tak, jakie

*
Czy są osoby: ranne Tak Nie zabite Tak Nie
W przypadku śmierci, uszkodzenia ciała lub rostroju zdrowia należy podać:
Imię i Nazwisko Adres:(kod, miejscowość).....
Ul..... Tel.
Miejsce pracy poszkodowanego Zawód
Data urodzenia Stan cywilny Dzieci(liczba/wiek)
Czy poszkodowany uległ wypadkowi w związku z wykonywaniem pracy: tak Nie
Był trzeźwy w chwili wypadku: Tak Nie Posiada ubezpieczenie społeczne Tak Nie
Jest krewnym posiadacza pojazdu: Tak Nie stopień pokrewieństwa
Rodzaj obrażeń doznanych w wypadku (dokumentację lekarską proszę dołączyć do zgłoszenia)
Stan zdrowia przed wypadkiem:
a) uszkodzenia ciała istniejące przed wypadkiem
b) choroby istniejące w dniu wypadku, lecz nie związane z wypadkiem
Czy poszkodowany przebywał w szpitalu, klinice itp. w związku z tym zdarzeniem? Jeśli tak, to jak długo
Ile dni poszkodowany przebywał na zwolnieniu lekarskim
Inne straty materialne (wymienić jakie)

Uwaga. W przypadku braku miejsca prosimy skorzystać z dodatkowej kartki

* - wypełniać tylko w przypadku zgłaszania szkody osobowej

OŚWIADCZENIE POSZKODOWANEGO

Oświadczam, że:

1. Z tytułu zaistniałej szkody nie otrzymałem(am) odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń, jak również nie czynię starań, aby takie odszkodowanie uzyskać.
2. Jestem nie jestem płatnikiem podatku VAT.
3. Pojazd stanowi środek trwały firmy: Tak Nie.
4. W przypadku ustalenia innych okoliczności wypadku niż, te które podałem(am) w zgłoszeniu poniosę pełne koszty związane z przeprowadzeniem postępowania dowodowego i likwidacji szkody.
5. Odszkodowanie należy przekazać

(nazwa banku, nr konta lub inny sposób wypłaty – opisać jaki)

Data.....Podpis właściciela pojazdu

OŚWIADCZENIE KIERUJĄCEGO POJAZDEM

Oświadczam, że w chwili wypadku nie znajdowałem się pod wpływem alkoholu lub podobnie działających innych środków odurzających. Oświadczam, że w przypadku ustalenia innych okoliczności zdarzenia niż te, które podałem w niniejszym zawiadomieniu, skutkujące odmową wypłaty odszkodowania, poniosę pełne koszty postępowania dowodowego i likwidacji szkody.

DataPodpis kierującego

OŚWIADCZENIE ZGŁASZAJĄCEGO SZKODĘ

Oświadczam, że w przypadku ustalenia innych okoliczności zdarzenia niż te, które podałem w niniejszym zawiadomieniu, skutkujące odmową wypłaty odszkodowania, poniosę pełne koszty postępowania dowodowego i likwidacji szkody.

DataPodpis zgłaszającego szkodę

ZAŁĄCZNIKI:

Zawiadomienie wraz z załącznikami przyjąłem

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię, nazwisko, podpis pracownika CIGNA STU S.A.)

Powyższych informacji udzieliłem zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię, nazwisko, podpis zgłaszającego szkodę)

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam ,że z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego z dnia

dotyczącego
(podać rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego : np. kradzież z włamaniem ,ogień ,załanie...)

Nie otrzymałem /am* odszkodowania z innego Towarzystwa Ubezpieczeń ,jak również nie
czynię starań ,aby takie odszkodowanie uzyskać.

Odszkodowanie proszę przekazać na rachunek bankowy nr

.....

Prowadzony na rzecz :.....

Ubezpieczony : przedstawi własną kalkulację wyceny strat ::tak/nie*

zleca wykonanie wyceny strat zakładowi ubezpieczeń :tak/nie*

Poszkodowane jest płatnikiem podatku VAT: tak/nie*

Dane składającego oświadczenie

(imię, nazwisko ,nr dowodu osobistego /nazwa firmy)

.....

.....

.....

.....
(podpis składającego oświadczenie)

*niepotrzebne skreślić