

Numer szkody [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

## Zgłoszenie szkody w pojeździe

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego druku (czytelnie i bez skreśleń), nie omijając żadnego z pól. Dla pytań typu „Tak” lub „Nie” prosimy używać znaku „x” dla właściwej odpowiedzi, a dla pytań i wyrażeń kończących się znakiem „\*” prosimy skreślić niewłaściwe.

Szkoda z polisy  OC Allianz  AC Allianz  Innego TU \_\_\_\_\_

Numer polisy, z której ma być likwidowana szkoda \_\_\_\_\_

Data szkody (d-m-r) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] godzina [ ] [ ] : [ ] [ ]

Data zgłoszenia szkody (d-m-r) [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### Dane dotyczące poszkodowanego

#### Zgłaszający szkodę

Imię, nazwisko/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Adres zameldowania \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kontakt (tel., mail, faks) \_\_\_\_\_

#### Poszkodowany (właściciel pojazdu)

Imię, nazwisko/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Adres zameldowania \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kontakt (tel., mail, faks) \_\_\_\_\_

#### Kierujący pojazdem poszkodowanego

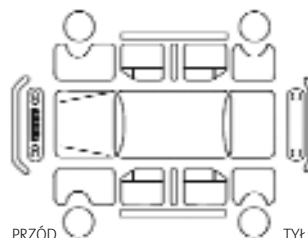
Imię, nazwisko/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Adres zameldowania \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kontakt (tel., mail, faks) \_\_\_\_\_

#### Zakres uszkodzeń (prosimy zaznaczyć znakiem „x”)



Nr rej. \_\_\_\_\_

Marka \_\_\_\_\_

Ilość właścicieli \_\_\_\_\_

Rok produkcji \_\_\_\_\_

Rodzaj pojazdu \_\_\_\_\_

Opis uszkodzeń \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące sprawcy lub drugiego uczestnika oraz innych świadków

#### Właściciel pojazdu sprawcy / drugiego uczestnika ruchu \*

Imię, nazwisko/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Adres zameldowania \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kontakt (tel., mail, faks) \_\_\_\_\_

#### Kierujący pojazdem sprawcy / drugiego uczestnika ruchu \*

Imię, nazwisko/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Adres zameldowania \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kontakt (tel., mail, faks) \_\_\_\_\_

Inny uczestnik ruchu / świadek \*  jest  brak

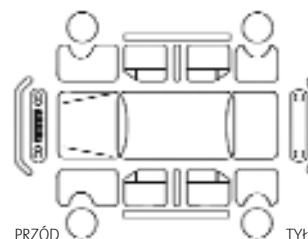
Imię, nazwisko/nazwa firmy \_\_\_\_\_

Adres zameldowania \_\_\_\_\_

Adres korespondencyjny \_\_\_\_\_

Kontakt (tel., mail, faks) \_\_\_\_\_

#### Zakres uszkodzeń (prosimy zaznaczyć znakiem „x”)



Nr rej. \_\_\_\_\_

Marka \_\_\_\_\_

Rodzaj pojazdu \_\_\_\_\_

Opis uszkodzeń \_\_\_\_\_

#### Miejsce szkody (kraj, miejscowość, ulica, obszar)

#### Szczegółowy opis zdarzenia (prosimy uwzględnić warunki pogodowe, drogowe, rodzaj nawierzchni, prędkości pojazdów etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

Numer szkody -

Szkic sytuacyjny zdarzenia (prosimy wyrysować pojazdy, układ ulic, znaki drogowe, kierunki ruchu etc.)

używając oznaczeń: A – nr rej \_\_\_\_\_ B – nr rej \_\_\_\_\_ C – nr rej \_\_\_\_\_

Przed zdarzeniem	W trakcie zdarzenia	Bezpośrednio po zdarzeniu

**Informacje dodatkowe**

Czy zdarzenie zostało zgłoszone na Policji? – (prosimy podać nazwę jednostki oraz wynik postępowania)  tak  nie

Czy o zdarzeniu powiadomiono inne instytucje staż pożarną/pogotowie/holownika?\* – (prosimy podać nazwę)  tak  nie

Czy pojazd jest przedmiotem współwłasności/cesji/użytkowania/zastawu/leasingu? – (prosimy podać nazwę i adres)  tak  nie

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

Czy poszkodowany jest podatnikiem podatku VAT? – jeżeli „Tak” to prosimy wypełnić poniższe  tak  nie

1. Czy przedmiotowy pojazd jest pojazdem firmowym?  tak  nie

2. Czy pojazd jest wpisany do ewidencji środków trwałych?  tak  nie

3. Czy jest prowadzona ewidencja przebiegu pojazdu?  tak  nie

4. Czy poszkodowany ma możliwość odliczania podatku VAT od kosztów naprawy? – dla „Nie” prosimy podać przyczynę  tak  nie

Czy kierujący pojazdem poszkodowanego w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu lub innych środków odurzających?  tak  nie  nie dotyczy

Czy pojazd poszkodowanego użyto za zgodą właściciela?  tak  nie

Czy dokonano zgłoszenia przedmiotowej szkody u innego ubezpieczyciela? – (prosimy podać nazwę TU)  tak  nie

Czy pojazd poszkodowanego posiadał wcześniejsze nie naprawione uszkodzenia? – jeżeli tak, to prosimy opisać  tak  nie

Czy powstały szkody poza pojazdem lub osobowe? – (prosimy wymienić szkody, osoby i obrażenia)  tak  nie

Czy sprawca był pod wpływem alkoholu lub środków odurzających / zbiegł z miejsca wypadku?\* – (prosimy opisać)  tak  nie  nie dotyczy

**Miejsce gdzie znajduje się pojazd (w celu wykonania oględzin)**

Adres \_\_\_\_\_

Telefon i dane osoby do kontaktu \_\_\_\_\_

**Dyspozycja płatnicza**  Konto  Cesja na serwis  Przekaz pocztowy  Podam w innym terminie

Płatność proszę przekazać na konto nr

Nazwa Banku \_\_\_\_\_

Dane właściciela konta \_\_\_\_\_

Płatność proszę przekazać na konto serwisu  Przekazem pocztowym na adres

Nazwa serwisu \_\_\_\_\_ Adres \_\_\_\_\_

Adres serwisu \_\_\_\_\_ Nazwa odbiorcy \_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przysyłanie korespondencji wyłącznie  email  listem zwykły  listem poleconym

Oświadczam, że powyższe dane podane zostały zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.