

ZGŁOSZENIE SZKODY W POJEŹDZIE Z UBEZPIECZENIA OC AC

Data zdarzenia - -

Nr szkody:

Godzina Miejscowość

Symbol statystyczny:

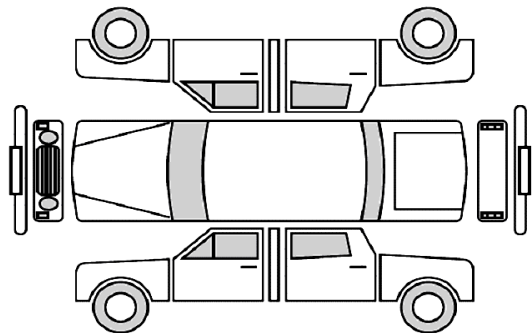
POSZKODOWANY	Dane właściciela / pojazdu poszkodowanego Imię i nazwisko (nazwa firmy) rok urodz. PESEL / REGON* <input type="text"/> Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania) <input type="text"/> <input type="text"/> (miejscowość) (poczta) Tel.: Praca Marka, model Rok prod. Nr rej.: Barwa nadwozia Nr nadwozia Przebieg Data ważności badania technicznego	Dane kierującego pojazdem poszkodowanego Imię i nazwisko rok urodz. PESEL <input type="text"/> Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania) <input type="text"/> <input type="text"/> (miejscowość) Tel.: Praca Prawo jazdy nr Kategoria Wydane przez dnia Świadectwo kwalifikacji nr Wydane przez dnia
	Przeznaczenie pojazdu: • Dla potrzeb własnych <input type="checkbox"/> • Do zarobkowego przewozu osób / towarów <input type="checkbox"/> Czy pojazd został użyty za zgodą i wiedzą właściciela <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Czy pojazd przed zgłoszoną szkodą miał nie naprawione uszkodzenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeżeli tak, to jakie ?	Czy poszkodowany jest pierwszym właścicielem pojazdu ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Czy pojazd jest przedmiotem zastawu ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Czy jest ustanowiona cesja ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Czy pojazd jest w leasingu ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Czy dokonano przeniesienia własności na rzecz banku ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Nazwa banku i adres:
Polisa AC Seria nr Ubezpieczyciel Ważna od do Opłata składki: <input type="checkbox"/> jednorazowa <input type="checkbox"/> ratalna <input type="checkbox"/> liczba rat Suma ubezpieczenia:	Użytkownik rok urodz. PESEL <input type="text"/> Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania) <input type="text"/> <input type="text"/> (miejscowość)	
DRUGI UCZESTNIK	Dane właściciela / pojazdu sprawcy Imię i nazwisko (nazwa firmy) rok urodz. PESEL / REGON* <input type="text"/> Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania) <input type="text"/> <input type="text"/> (miejscowość) (poczta) Tel.: Praca Marka, model Rok prod. Nr rej.: Barwa nadwozia Polisa OC Seria nr Ubezpieczyciel Ważna od do	Dane kierującego pojazdem sprawcy Imię i nazwisko rok urodz. PESEL <input type="text"/> Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania) <input type="text"/> <input type="text"/> (miejscowość) Tel.: Praca Prawo jazdy nr Kategoria Wydane przez dnia Świadectwo kwalifikacji nr Wydane przez dnia

Szkic sytuacyjny wypadku

Prosimy o możliwie wierne przedstawienie sytuacji, w której doszło do wypadku (uwzględniając położenie pojazdów, sytuację na drodze, znaki drogowe, kierunek jazdy pojazdów)

Zakres uszkodzeń pojazdu - uszkodzone elementy zaznaczyć znakiem "X"

Pojazd uszkodzowanego

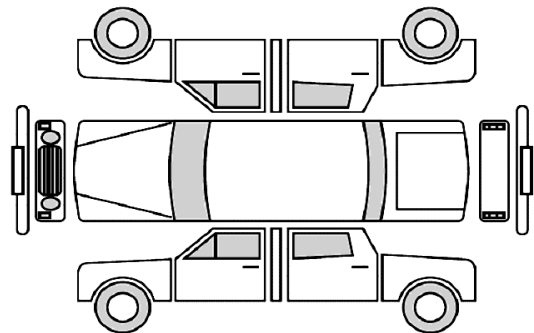


Opis uszkodzeń:

.....

.....

Pojazd sprawcy



Opis uszkodzeń:

.....

.....

Zgłaszający (jeżeli nie to właściciel)

Imię i nazwisko

Adres

.....

(miejscowość)

Tel. (dom):..... Praca

Data - -

Podpis

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie

(wymienić dokument tożsamości)

Seria Nr Wydany przez

.....dnia

Podpis pracownika TUV TUZ przyjmującego zgłoszenie szkody

Wyplata odszkodowania

Nazwa banku oddział

Nr rachunku

Oświadczenie kierującego

Oświadczam, że w chwili wypadku nie znajdowałem się w stanie nietrzeźwości lub wskazującym na spożycie alkoholu ani pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających.

Data - - Imię i nazwisko Podpis

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie
(wymienić dokument tożsamości)

Seria Nr Wydany przez
.....dnia

Podpis pracownika T UW TUZ przyjmującego oświadczenie

Oświadczenie właściciela pojazdu poszkodowanego

Oświadczam, że:

1. Pojazd został użyty w dniu wypadku za moją zgodą i wiedzą.
2. Z tytułu zaistniałej szkody nie otrzymałem odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń i nie ubiegam się o odszkodowanie w innym zakładzie ubezpieczeń .
3. Jestem/nie jestem* płatnikiem podatku VAT.
4. Po zakupie pojazdu dokonałem(am)/nie dokonałem(am)* odliczenia podatku VAT naliczonego przy jego zakupie.
5. Zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 22 maja 2003r. O działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151) w związku z art.. 81 ust. 8 pkt 11 ustawy z dnia 20.06.1997r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005r. Nr 108, poz. 908) zobowiązuję się do:
 - a) wykonania dodatkowego badania technicznego pojazdu, w którym została dokonana naprawa wynikająca ze zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia w zakresie elementów układu nośnego, hamulcowego lub kierowniczego mających wpływ na bezpieczeństwo ruchu drogowego.
 - b) poinformowania T UW TUZ o dokonaniu dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w pkt. a poprzez przekazanie kopii dowodu rejestracyjnego / zaświadczenia o przeprowadzonym badaniu technicznym.
6. Podanie danych zawartych w niniejszym zgłoszeniu jest niezbędne do likwidacji przez T UW TUZ zgłaszanej szkody. Zgodnie z art.. 6 kodeksu cywilnego "Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne".

Na pytania zawarte w niniejszym formularzu odpowiedziano zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

W związku z likwidacją szkody komunikacyjnej przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUZ” wyrażam życzenie, aby rozliczenie mojej szkody nastąpiło według niżej określonego sposobu:

- Według przedłożonych faktur VAT (po uprzednim przedstawieniu kosztorysu naprawy z zakładu naprawczego)
- Według wyceny kosztów naprawy sporządzonej przez T UW „TUZ”
- W przypadku szkody całkowitej rozliczenie szkody na zasadach ogólnych (w przypadku OC) lub zgodnie z OWU AC

Data - - Imię i nazwisko Podpis

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie
(wymienić dokument tożsamości)

Seria Nr Wydany przez
.....dnia

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 z późniejszymi zmianami informuję, że Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych TUZ z siedzibą: ul. Karolkowa 49, 01-203 Warszawa w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan / Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz ich poprawienia.

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika T UW TUZ przyjmującego zgłoszenie szkody)

* - niepotrzebne skreślić

