

**ZGŁOSZENIE SZKODY KOMUNIKACYJNEJ W POJEŹDZIE**

SIGNAL IDUNA Polska

Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Prosimy o czytelne wypełnienie zgłoszenia  
 Dokonując wyboru możliwej odpowiedzi prosimy przekreślić odpowiednie pole

 AC OC**I DANE ZGŁASZAJĄCEGO SZKODĘ**

Imię, Nazwisko, Adres

**II DANE DOTYCZĄCE POWSTANIA SZKODY**
 Data         
 rok            miesiąc    dzień
Godzina   :  **III MIEJSCE POWSTANIA SZKODY**

Odcinek drogi między miejscowościami, miejscowość, ulica, skrzyżowanie ulic

**IV DANE DOTYCZĄCE POLISY**

Seria i numer .....

**V DANE OSOBOWE UCZESTNIKÓW ZDARZENIA**

Użytkownik pojazdu	Poszkodowany	Sprawca
Imię i nazwisko (Nazwa firmy)		
Adres zamieszkania (Adres siedziby)	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nr PESEL		
Nr NIP		
Nr REGON		
Nr tel./fax, e-mail		
Właściciel pojazdu	Poszkodowany	Sprawca
Imię i nazwisko (Nazwa firmy)		
Adres zamieszkania (Adres siedziby)	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nr PESEL		
Nr NIP		
Nr REGON		
Nr tel./fax, e-mail		
Kierujący pojazdem	Poszkodowany	Sprawca
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Kat. i nr prawa jazdy		
Nr PESEL		
Nr NIP		
Nr REGON		
Nr tel./fax, e-mail		

## VI DANE POJAZDÓW UCZESTNICZĄCYCH W ZDARZENIU

## POJAZD SPRAWCY

POJAZD SPRAWCY			
Dane pojazdu	Marka	Typ	Model
	Numer rejestracyjny	Numer VIN	Rok produkcji
		<input type="text"/>	
	Pojemność silnika	Numer silnika	Przebieg pojazdu
Pojazd ubezpieczony w zakresie OC <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nazwa zakładu ubezpieczeń		Seria i nr polisy

## POJAZD POSZKODOWANEGO

Dane pojazdu	Marka	Typ	Model
	Numer rejestracyjny	Numer VIN	Rok produkcji
		<input type="text"/>	
	Pojemność silnika	Numer silnika	Przebieg pojazdu
Przeznaczenie pojazdu	Zarobkowy przewóz osób lub towarów	Dla potrzeb własnych	Służbowy
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy pojazd posiadał nie naprawione uszkodzenia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Proszę podać jakie uszkodzenia	
Czy pojazd był holowany?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Proszę podać trasę holowania (skąd – dokąd)	
Miejsce postoju uszkodzonego pojazdu	Proszę podać dokładny adres i numer telefonu kontaktowego		

**VII INFORMACJE DODTKOWE**

<b>Czy o zdarzeniu powiadomiono policję ?</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<b>Adres powiadomionej jednostki policji</b>
	_____
<b>Czy byli świadkowie zdarzenia?</b> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<b>Imię, nazwisko, adres, telefon</b>
	<b>1.</b>
	<b>2.</b>
	<b>3.</b>

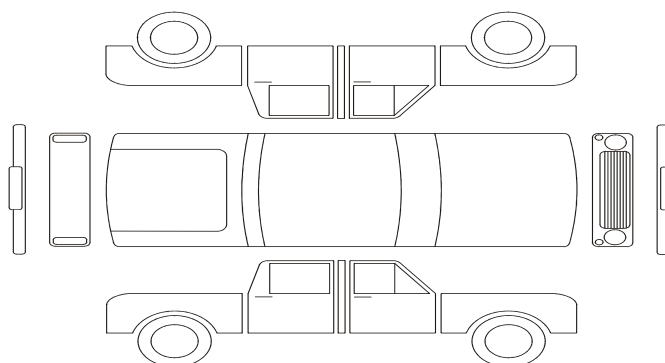
.....  
data zgłoszenia

.....  
imię i nazwisko zgłaszającego

.....  
podpis przyjmującego zgłoszenie

**VIII SZCZEGÓŁOWY OPIS ZDARZENIA**

**IX WYKAZ ELEMENTÓW USZKODZONYCH W POJEŹDZIE**



Miejsce uszkodzenia proszę zaznaczyć na rysunku

**X SZKIC SYTUACYJNY:**

.....  
data zgłoszenia

.....  
imię i nazwisko zgłaszającego

.....  
podpis przyjmującego zgłoszenie

**XI INNI UCZESTNICY ZDARZENIA**

Lp.	Imię i nazwisko	Adres

**Oświadczenie kierującego pojazdem**

Oświadczam, że kierując w dniu --- pojazdem marki ..... o numerze rejestracyjnym ..... nie znajdowałam/znajdowałem się (znajdowałam/znajdowałem się)\* w stanie nietrzeźwości oraz pod działaniem środków odurzających, substancji psychotropowych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii.

Jednocześnie oświadczam, iż prowadząc pojazd posiadałem/posiadałam\*, wymagane prawem polskim uprawnienia.

.....  
 imię i nazwisko nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

.....  
 data podpis kierującego podpis przyjmującego oświadczenie

**Oświadczenia**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz podmioty wykonujące czynności likwidacyjne na zlecenie SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. moich danych osobowych dla celów związanych z likwidacją szkody zgodnie z prowadzoną przez nie działalnością statutową.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o wynikającym z treści art. 17 ustawy z dnia 22. maja 2003 r. „O działalności ubezpieczeniowej” (Dz. U. Nr 124, poz. 1151) obowiązku informowania SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. o przeprowadzeniu dodatkowego badania technicznego w związku z wykonywaną naprawą, której koszt przekracza 2000 zł.

\*\* Kwotę należnego odszkodowania proszę przekazać przelewem na konto bankowe w banku .....  
 o numerze rachunku .....

**Treść powyższych oświadczeń jest zgodna z wyrażoną przeze mnie wolą**

.....  
 imię i nazwisko nr dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania

.....  
 data podpis poszkodowanego podpis przyjmującego oświadczenie

\* niewłaściwe skreślić  
 \*\* wypełnia właściciel pojazdu lub pełnomocnik

Zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Jasna 14/16a informuje, iż jest posiadaczem Pana/Pani danych osobowych, zgromadzonych zgodnie z art. 815 kc. Dane te będą przetwarzane zgodnie z celami statutowymi w celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, iż przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do swoich danych osobowych.