

## Zgłoszenie szkody w Pojeździe

 AC

 OC

### WAŻNE:

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego druku (czytelnie), nie omijając żadnego z pól. W przypadku pytań wyboru prosimy używać znaku "X" dla właściwej odpowiedzi. \*niepotrzebne skreślić

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące polisy

Nr polisy: \_\_\_\_\_

Okres ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące poszkodowanego w zdarzeniu

#### Właściciel pojazdu uszkodzonego

 Imię i Nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_ PESEL/REGON: \_\_\_\_\_  
 Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Mięjscość: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

#### Współwłaściciel pojazdu uszkodzonego

 Imię i Nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_ PESEL/REGON: \_\_\_\_\_  
 Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Mięjscość: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

#### Użytkownik pojazdu uszkodzonego

 Imię i Nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_ PESEL/REGON: \_\_\_\_\_  
 Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Mięjscość: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

#### Kierujący pojazdem uszkodzonym

 Seria i nr prawa jazdy: \_\_\_\_\_ Kategoria: \_\_\_\_\_ Ważne od: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ do: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_  
 Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL/REGON: \_\_\_\_\_  
 Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Mięjscość: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

 W chwili zdarzenia pojazdem kierował:  Właściciel  Współwłaściciel  Użytkownik  Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

 Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_  
 Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Mięjscość: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące sprawcy zdarzenia

#### Właściciel pojazdu

 Imię i Nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_ PESEL/REGON: \_\_\_\_\_  
 Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Mięjscość: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

#### Kierujący pojazdem

Seria i nr prawa jazdy: \_\_\_\_\_ Kategoria: \_\_\_\_\_ Ważne od: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ do: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

 W chwili zdarzenia pojazdem kierował:  Właściciel  Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

 Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_  
 Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Mięjscość: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### Dane pojazdu poszkodowanego

 Marka: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_ Model: \_\_\_\_\_  
 Nr nadwozia (VIN): \_\_\_\_\_ Nr rejestracyjny: \_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_  
 Seria i nr dow. rejestracyjnego: \_\_\_\_\_ Barwa i nr lakieru: \_\_\_\_\_

 Czy pojazd jest przedmiotem zastawu ?  NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres podmiotu: \_\_\_\_\_

 Czy na pojeździe jest ustawiona cesja?  NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres podmiotu: \_\_\_\_\_

 Czy pojazd jest przedmiotem leasingu?  NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres podmiotu: \_\_\_\_\_

 Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie OC?  NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać Nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: \_\_\_\_\_ Nr polisy: \_\_\_\_\_

 Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie AC?  NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać Nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: \_\_\_\_\_ Nr polisy: \_\_\_\_\_

### Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

## Dane pojazdu sprawcy

Marka: _____	Typ: _____	Barwa lakieru: _____
Model: _____	Nr rejestracyjny: _____	
Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie OC? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK		
Jeśli TAK, prosimy podać Nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: _____		
Nr polisy: _____	Datę ważności polisy: od ___ / ___ / 20 ___ do ___ / ___ / 20 ___	

## Informacje dotyczące zdarzenia

Data i godzina wystąpienia zdarzenia: ___ / ___ / 20 ___ : __		
Miejsce powstania zdarzenia:		
Kraj: _____	Województwo: _____	Gmina: _____
Miejscowość/Trasa (km): _____		
Ulica, nr domu (lokalu), skrzyżowanie, rondo: _____		
Teren zabudowany: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	Dopuszczalna prędkość _____ km/h	

## Szczegółowy opis zdarzenia

Prosimy o dokładne opisanie okoliczności powstania zdarzenia (przyczyna zdarzenia, sytuacja na drodze, prędkość pojazdu, zachowanie uczestników zdarzenia, kto wezwał Policję, kto spisał oświadczenie, kto udzielił pierwszej pomocy, itp.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Szkic sytuacji zdarzenia

Prosimy o wierne odzwierciedlenie sytuacji, w której doszło do wypadku, uwzględniając położenie pojazdów, sytuację na drodze, znaki drogowe, kierunek jazdy pojazdów itp.:

Sytuacja w czasie zdarzenia	Sytuacja po zdarzeniu

	<input type="checkbox"/> Przeszkoda				
Skrzyżowanie		Znak drogowy	Pojazd uszkodzonego	Pojazd sprawcy	Kierunek jazdy

\* Jeżeli w zdarzeniu brało udział więcej pojazdów należy zaznaczyć wszystkie.

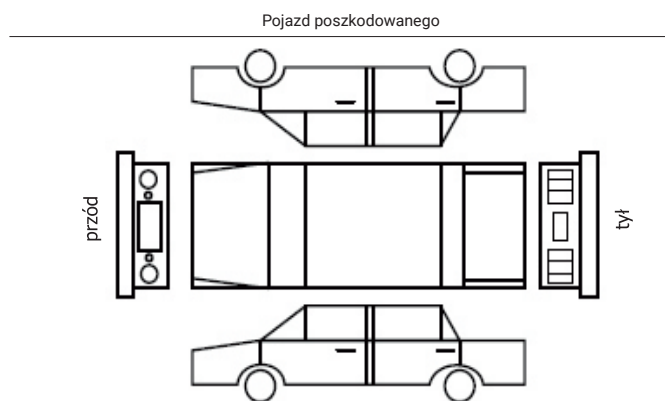
## Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: _____
Czytelny podpis: _____
Data: ___ / ___ / 20 ___

RESO Europa Service Sp. z o.o.  
Partner BALCIA INSURANCE SE w Polsce  
ZGŁOSZENIE SZKODY e-mail: likwidacja@reso.com.pl  
T +48 87 565 4444, KOM +48 57 595 4444  
www.reso.com.pl

## Zakres uszkodzeń pojazdów

Prosimy o zaznaczenie znakiem "X" uszkodzonych części pojazdu.  
Prosimy o zaznaczenie znakiem "Y" miejsca zajmowane przez pasażerów.



Opis uszkodzeń:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy pojazd uszkodzowanego posiada uszkodzenia niezwiązane ze zgłoszoną szkodą?

NIE  TAK

Jeśli TAK, jakie?

Czy pojazd uszkodzowanego podlegał wcześniejszym naprawom blacharsko-lakierniczym?

NIE  TAK

Jeśli TAK, jakim?

## Informacje dodatkowe

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

Policja \_\_\_\_\_ NAZWA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ godz. \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
 Przyjechała  Nie przyjechała  Sporządziła protokół  Nie sporządziła protokołu

Straż Pożarna \_\_\_\_\_ NAZWA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ godz. \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
 Przyjechała  Nie przyjechała  Sporządziła protokół  Nie sporządziła protokołu

Czy na miejscu zdarzenia było spisane oświadczenie?

NIE  TAK

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu był pod wpływem alkoholu lub podobnie działających innych środków odurzających?

NIE  TAK

Jeśli TAK, kto?

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu zbiegł z miejsca zdarzenia?

NIE  TAK

Jeśli TAK, kto?

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu był znany dla uszkodzowanego?

NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Charakter znajomości (np. koleżeńska, rodzinna, znajomy z widzenia, itp.): \_\_\_\_\_

Czy podczas zdarzenia w pojeździe uszkodzowanego byli pasażerowie?

NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać:

Liczba pasażerów: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Czy podczas zdarzenia w pojeździe sprawcy byli pasażerowie?

NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać:

Liczba pasażerów: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

RESO Europa Service Sp. z o.o.  
Partner BALCIA INSURANCE SE w Polsce  
ZGŁOSZENIE SZKODY e-mail: likwidacja@reso.com.pl  
T +48 87 565 4444, KOM +48 57 595 4444  
www.reso.com.pl

Czy w zdarzeniu były jakiegokolwiek osoby, które doznały obrażeń ciała?  NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Czy w zdarzeniu były osoby, które poniosły śmierć?  NIE  TAK

Jeśli TAK, prosimy podać imię, nazwisko: \_\_\_\_\_

Czy podczas zdarzenia w pojeździe poszkodowanego były rzeczy, które uległy uszkodzeniu?  NIE  TAK

Jeśli TAK, jakie? \_\_\_\_\_

Czy pojazd poszkodowanego był holowany?  NIE  TAK

Jeśli TAK, przez kogo? \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Trasa holowania (skąd-dokąd): \_\_\_\_\_

Przeznaczenie pojazdu poszkodowanego: \_\_\_\_\_ (UŻYTEK WŁASNY, DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)

Czy pojazd został wciągnięty do ewidencji środków trwałych firmy?  NIE  TAK

- Dokonałem  Nie dokonałem odliczenia podatku VAT przy zakupie pojazdu.  
 Mam (w jakim %) \_\_\_\_\_  Nie mam możliwości odliczenia podatku VAT od kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu.

## Wartość szkody

Wnioskuję o wyliczenie wartości szkody według:

- Faktur lub rachunków przedłożonych przez Poszkodowanego  
 Kosztorysu sporządzonego przez Balcia Insurance SE

**Zastrzeżenia:** W przypadku szkód zgłaszanych w ramach umowy AC wysokość odszkodowania zostanie ustalona w oparciu o Ogólne Warunki Ubezpieczenia AC obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

## Dane bankowe do wypłaty świadczenia

Nazwa banku: \_\_\_\_\_

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: \_\_\_\_\_

Adres właściciela rachunku bankowego: \_\_\_\_\_

## Wykaz dokumentów

Kopie niżej wymienionych dokumentów są niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody.

Prosimy o dostarczenie:

1. Prawo jazdy kierującego.
2. Dowód rejestracyjny pojazdu.
3. Karta pojazdu – jeżeli była wydana.
4. Dokumenty potwierdzające pochodzenie pojazdu i umożliwiające jego identyfikację, jeżeli właściciel nie figuruje w dowodzie rejestracyjnym, np.: odprawa celna, umowa kupna-sprzedaży, faktura zakupu.
5. Aktualna polisa ubezpieczeniowa.
6. Oświadczenie sprawcy spisane na miejscu zdarzenia – jeśli zostało sporządzone.
7. Notatka policji.
8. W przypadku współwłasności pojazdu, dostarczenie oświadczenia drugiego współwłaściciela, co do wypłaty odszkodowania.

## Oświadczenie zgłaszającego szkodę

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. Zgodnie z art. 16 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczącej przedmiotowej szkody:  
 telefonicznie na numer \_\_\_\_\_  
 na e-mail: \_\_\_\_\_
2. Pojazd został użyty w dniu zdarzenia za zgodą i wiedzą właściciela pojazdu uszkodzonego.
3. Z tytułu zaistniałej szkody nie ubiegam się i nie otrzymałem odszkodowania z innego Towarzystwa Ubezpieczeniowego.
4. Podane informacje w niniejszym zgłoszeniu szkody są prawdziwe, kompletne i dokładne. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 298 Kodeksu Karnego § 1 „Kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.
5. Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przekazywanie przez Balcia Insurance SE moich danych osobowych innym podmiotom prawa polskiego powiązanych z towarzystwem ubezpieczeniowym Balcia Insurance SE, z którymi współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej.
6. W związku ze złożeniem wniosku jestem poinformowany(a), że Balcia Insurance SE będzie nagrywać rozmowy telefoniczne i ustne, za pomocą nagrań audio i wideo, z prawem do korzystania z tych zapisów jako dowód w postępowaniu sądowym w sprawie odszkodowań ubezpieczeniowych.
7. Upoważniam Balcia Insurance SE z prawem substytucji do pozyskiwania w moim imieniu informacji niezbędnej do ustalenia okoliczności zdarzenia oraz ustalenia odpowiedzialności i wysokości świadczenia przed wszystkimi organami administracji publicznej, organami samorządu terytorialnego, urzędami, instytucjami i przedsiębiorstwami państwowymi w celu ustalenia odpowiedzialności Balcia Insurance SE.
8. W przypadku wykazania przez Balcia Insurance SE okoliczności wyłączających jej odpowiedzialność za przedmiotową szkodę lub nie potwierdzenia podanych okoliczności lub rozmiaru szkody, zobowiązuję się zwrócić wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od daty wezwania.
9. Oświadczam, że zostałem uprzedzony o warunkach i skutkach wypłaty z polisy AC. Bez względu na rodzaj szkody każda wypłata odszkodowania z polisy AC spowoduje zmniejszenie sumy ubezpieczenia o kwotę odszkodowania aż do jej wyczerpania (o ile nie zostanie zniesiona redukcja sumy ubezpieczenia) oraz utratę zniżki lub naliczenie zwykłej składki na następny okres ubezpieczenia.

## Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / 20\_\_\_

RESO Europa Service Sp. z o.o.  
Partner BALCIA INSURANCE SE w Polsce  
ZGŁOSZENIE SZKODY e-mail: likwidacja@reso.com.pl  
T +48 87 565 4444, KOM +48 57 595 4444  
www.reso.com.pl