

Zgłoszenie szkody w pojeździe z umowy ubezpieczenia autocasco



Numer szkody (wypełnia Allianz) : -

Szkoda z polisy Allianz

Szkoda z polisy obcej

Nazwa ubezpieczyciela TU Allianz Polska S.A.

1. Numer polisy : - - -

2. Ubezpieczony

Imię nazwisko/nazwa LEASING POLSKI sp. z o.o.

Adres zamieszkania/siedziba 80-298 Gdańsk, ul. Budowlanych 72

3. Marka i numer rej. ubezpieczonego pojazdu IVECO . GD4421M

4. Okres ubezpieczenia od : - -

do : - -

5. Data powstania szkody (d-m-r, godzina) - - :

6. Data zgłoszenia szkody do zakładu ubezpieczeń (d-m-r) - -

7. Szkoda powstała w : (prosimy o dokładne wskazanie miejsca np. nazwa ulicy , adres)

Kraj Polska Miejscowość 78-400 Szczecinek

Miejsce _____

8. Zgłaszający szkodę

Imię, nazwisko/nazwa firmy	<u>Jadwiga Hyra</u>			
PESEL\NIP	_____			
Adres zameldowania / siedziba	<u>78-630 Człopa, ul. Moniuszki 1</u>			
Adres zamieszkania (prosimy o wypełnienie jeżeli ten adres jest inny niż adres zameldowania)	_____			
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli ten adres jest inny niż adres zameldowania)	_____			
Kontakt (prosimy o podanie telefonu, faxu, adresu e-mailowego)	<u>tel.: +48663083937</u>			
Rola zgłaszającego w zdarzeniu (możliwość wielokrotnego wyboru) :				
<input type="checkbox"/> właściciel polisy	<input type="checkbox"/> poszkodowany	<input type="checkbox"/> kierujący	<input type="checkbox"/> pasażer	
<input type="checkbox"/> właściciel pojazdu	<input type="checkbox"/> użytkownik	<input type="checkbox"/> pełnomocnik	<input type="checkbox"/> świadek	<input type="checkbox"/> inny

9. Poszkodowany (prosimy o wypełnienie jeśli Poszkodowanym jest inna osoba niż Zgłaszający szkodę)

Imię i nazwisko	PRZEDS.HANDL.GASTRON.USŁUG.JEDYNKA	
PESEL/NIP		
Adres zameldowania / siedziba	78-630 Człopa, MONIUSZKI 8	
Adres zamieszkania (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)		
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)		
Kontakt (prosimy o podanie numeru telefonu, faxu, adresu e-mailowego)		
Rola poszkodowanego w zdarzeniu (możliwość wielokrotnego wyboru):		
<input type="checkbox"/> właściciel polisy	<input type="checkbox"/> pasażer	<input type="checkbox"/> właściciel pojazdu
<input type="checkbox"/> kierujący pojazdem	<input type="checkbox"/> świadek	<input checked="" type="checkbox"/> inny

10. Kierujący uszkodzonym pojazdem

Imię i nazwisko	Damian Hyra
PESEL (o ile jest znany)	
Adres	78-630 Człopa, ul. Moniuszki 1
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)	
Kontakt (prosimy o podanie numer telefonu, faxu, adresu e-mailowego)	

11. Sprawca szkody

A. Czy sprawca szkody jest znany?	<input type="checkbox"/> tak	<input checked="" type="checkbox"/> nie
Imię i nazwisko / nazwa sprawcy		
PESEL/NIP (i ile jest znany)		
Adres		
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)		
Kontakt (prosimy o podanie numer telefonu, faxu, adresu e-mailowego)		
B. Jeżeli szkoda została spowodowana przez kierującego innym pojazdem to prosimy wskazać :		
Marka i nr rej. pojazdu sprawcy		
Pojazd ubezpieczony w zakresie OC w : (prosimy o podanie nazwy zakładu ubezpieczeń)		
Numer polisy ubezpieczenia OC pojazdu sprawcy		
Imię i nazwisko kierującego pojazdem, którym wyrządzono szkodę (należy wypełnić jeżeli dane te są inne niż wymienione w punkcie A)		
PESEL (o ile jest znany)		
Adres		
Adres korespondencyjny (prosimy o wypełnienie jeżeli adres ten jest inny niż adres zameldowania)		
Kontakt (prosimy podać numer telefonu, faxu, adresu e-mailowego)		

12. Świadczenie zdarzenia

Uprzejmie prosimy o podanie informacji o świadkach zdarzenia: imię i nazwisko, adres oraz numer telefonu (o ile jest znany)

13. Czy o zaistniałym zdarzeniu powiadomiono :

- A. Policję? tak nie
(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki policji oraz sposób zakończenia interwencji)
-
- B. Pogotowie ratunkowe? tak nie
(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki pogotowia oraz sposób zakończenia interwencji)
-
- C. Straż pożarną? tak nie
(prosimy o wskazanie nazwy i adresu jednostki straży pożarnej oraz sposób zakończenia interwencji)
-
- D. Instytucję/osobę? tak nie
(prosimy o wskazanie nazwy i adresu)
-
- E. Inne? tak nie
-

14. Czy poszkodowany jest płatnikiem podatku VAT? tak nie

15. Czy w chwili zdarzenia kierujący pojazdem :

był pod wpływem alkoholu? tak nie

był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających? tak nie

16. Czy na polisie jest ustanowiona cesja praw z umowy ubezpieczenia? tak nie

(prosze podać nazwę i adres banku/instytucji)

17. Czy w związku z zaistniałym zdarzeniem dokonano zgłoszenia szkody tak nie

u innego ubezpieczyciela ?

(nazwa i adres ubezpieczyciela)

18. Czy z tytułu zaistniałego zdarzenia uzyskano odszkodowanie ? tak nie

Od kogo _____ kwota _____

19. Miejsce zdarzenia i warunki drogowe

Teren zabudowany: tak nie

Nasilenie ruchu : duże średnie małe

Otoczenie drogi: las drzewa krzewy budynki przestrzeń otwarta

Stan nawierzchni: sucha mokra oblodzona śnieg błoto pośniegowe

Rodzaj nawierzchni: asfaltowa betonowa kostka żwir piasek

Warunki pogodowe: deszcz śnieg mgła słońce pochmurno

Pora: świt dzień zmierzch noc

Widoczność: dobra ograniczona

22. Interwencja pomocy drogowej / innych osób/ służb

Czy na miejscu interweniowała Pomoc Drogowa lub czy ktoś inny udzielał pomocy : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nazwa, adres i telefon _____
Kto wezwał pomoc _____
Na czym polegała pomoc _____
Czy pojazd był holowany w ramach ubezpieczenia Assistance ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

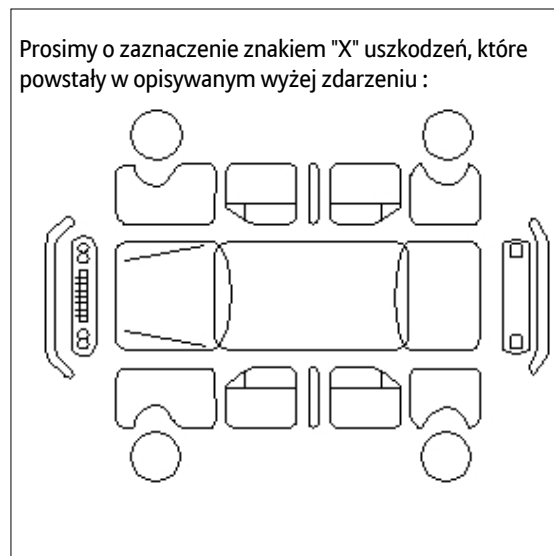
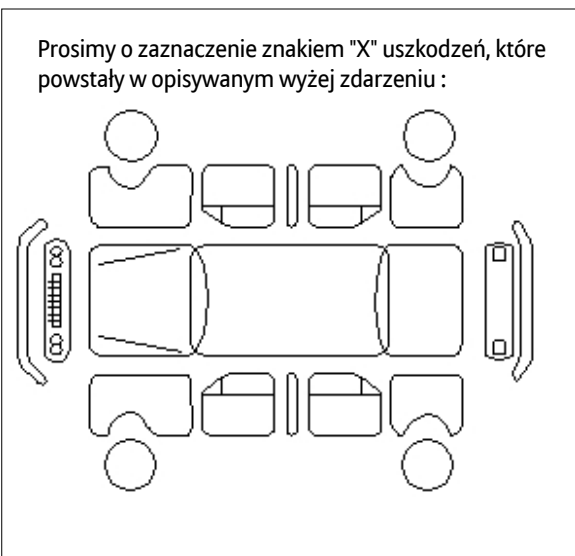
23. Zakres uszkodzeń pojazdu

Pojazd poszkodowany,
marka, nr rej. IVECO . GD4421M

Pojazd II uczestnika,
marka, nr rej. _____

Opis uszkodzeń, które nie powstały w opisywanym
wyżej zdarzeniu (powstały wcześniej lub później) :

Opis uszkodzeń, które nie powstały w opisywanym
wyżej zdarzeniu (powstały wcześniej lub później) :



Opis uszkodzeń, które powstały w opisywanym
wyżej zdarzeniu :

Opis uszkodzeń, które powstały w opisywanym
wyżej zdarzeniu :

24. Miejsce gdzie znajduje się uszkodzony pojazd

Nazwa warsztatu, parking lub imię i nazwisko właściciela : _____
Adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość) : _____
telefon : _____

25. Szkody poza pojazdem

Czy w związku z opisywanym wyżej zdarzeniem powstały szkody poza pojazdem ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
jakie ? _____	
Czy w związku z wyżej opisywanym zdarzeniem ktoś doznał obrażeń ciała? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	zginął? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Dane osób poszkodowanych : _____	

26. Informacje dodatkowe

A. Uszkodzony pojazd służy dla potrzeb własnych <input type="checkbox"/> służy do zarobkowego przewozu osób/towarów <input type="checkbox"/>
B. Został użyty w dniu zdarzenia za zgodą i wiedzą właściciela: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
C. Uszkodzony pojazd jest używany w leasingu : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie jeżeli tak to jaka firma jest leasingodawcą ? _____
D. Uszkodzony pojazd jest przedmiotem zastawu : <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie jeżeli tak to na rzecz jakiego banku/instytucji ? _____
E. Własność uszkodzonego pojazdu jest <input type="checkbox"/> , nie jest <input type="checkbox"/> przeniesiona na rzecz banku/instytucji jeżeli tak to na rzecz jakiego banku/instytucji ? _____

27. Dyspozycja płatnicza

Płatność proszę przekazać na konto numer _____
w banku: _____
Właściciel konta : _____
Jednocześnie zobowiązuję się do pisemnego powiadomienia jednostki likwidującej szkodę o zmianie ww. numeru konta _____
Data i czytelny podpis uprawnionego do odszkodowania

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

Data i podpis Zgłaszającego szkodę

29. Oświadczam, że dokument potwierdzający zakres uszkodzeń pojazdu :

- otrzymałem
 nie otrzymałem

Data i podpis Zgłaszającego szkodę

30. Oświadczenie właściciela pojazdu

A. Wyrażam zgodę na pozyskiwanie przez TU Allianz Polska S.A. od innego ubezpieczyciela informacji o szkodach dotyczących mojej osoby oraz dokumentacji związanej z tymi szkodami w zakresie potrzebnym do ustalenia odszkodowania i/lub świadczenia oraz wysokości tego odszkodowania i/lub świadczenia.

tak nie

Data i podpis poszkodowanego

31. TU Allianz Polska S.A. informuje, że :

A. Informacje na temat postępowania likwidacyjnego, dotyczącego przedmiotowej szkody może Pan/Pani uzyskać pod numerem infolinii 0 801 10 20 30 posługując się wyłącznie numerem szkody nadanym przez TU Allianz Polska S.A. Biorąc pod uwagę charakter tych informacji, sugerujemy, aby numeru szkody nie udostępniali Państwo osobom niepowołanym.

B. Dane osobowe podane w niniejszym zgłoszeniu:

- zbierane są na zasadzie dobrowolności
- służyć będą rozpatrywaniu roszczenia i podjęciu decyzji o wypłacie odszkodowania
- objęte są tajemnicą zawodową i nie będą udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczony ma prawo wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

Data i podpis zgłaszającego szkodę

Data i podpis przedstawiciela Allianz