

ZGŁOSZENIE SZKODY KOMUNIKACYJNEJ
 AC

 OC

Data zdarzenia, rok, m-c, dzień, godzina	miejsce zdarzenia: kraj, miasto, ulica
<p style="text-align: center;">POSZKODOWANY - właściciel pojazdu</p>	
Imię i nazwisko/Nazwa firmy	PESEL/REGON/NIP
Ulica	Numer budynku/Numer mieszkania/lokalu
Miejscowość	Kod
<p style="text-align: center;">UŻYTKOWNIK POJAZDU POSZKODOWANEGO - Leasingobiorca/Kredytobiorca</p>	
Imię i nazwisko/Nazwa firmy	PESEL/REGON/NIP
Ulica	Numer budynku/Numer mieszkania/lokalu
Miejscowość	Kod
<p style="text-align: center;">DANE POJAZDU POSZKODOWANEGO</p>	
Marka, model	Numer rejestracyjny
Rok produkcji	Przebieg pojazdu
Numer VIN	
Czy pojazd miał nie naprawione uszkodzenia	Czy pojazd jest przedmiotem cesji/zastawu
<input type="checkbox"/> TAK, opis uszkodzeń: <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK, nazwa i adres banku: <input type="checkbox"/> NIE
<p style="text-align: center;">DANE KIERUJĄCEGO POJAZDEM - NIE DOTYCZY SZKÓD PARKINGOWYCH</p>	
Imię i nazwisko/Nazwa firmy	PESEL/REGON/NIP
Ulica/Numer budynku/Numer mieszkania	Miejscowość, kod

Nr prawa jazdy	Kategoria
SPRAWCA /II UCZESTNIK - właściciel pojazdu	
Imię i nazwisko/Nazwa firmy	PESEL/REGON/NIP
Ulica	Numer budynku/Numer mieszkania/lokalu
Miejscowość	Kod
DANE POJAZDU SPRAWCY/II UCZESTNIKA	
Marka, model	Numer rejestracyjny
Numer polisy OC/ Numer Zielonej Karty	
Nazwa i adres zakładu ubezpieczeń/Nazwa i adres wystawcy Zielonej Karty	
DANE KIERUJĄCEGO POJAZDEM SPRAWCY/ II UCZESTNIKA	
Imię i nazwisko/Nazwa firmy	PESEL/REGON/NIP
Ulica/Numer budynku/Numer mieszkania	Miejscowość, kod
Nr prawa jazdy	Kategoria
OPIS ZDARZENIA - przyczyny, okoliczności, przebieg, warunki drogowe	
Opis uszkodzeń pojazdu Poszkodowanego	Opis uszkodzeń pojazdu Sprawcy/II Uczestnika

SZKODY POZA POJAZDEM	
uszkodzone mienie	szkody osobowe: osoby ranne/zabite
<input type="checkbox"/> TAK, opis: <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
ŚWIADKOWIE ZDARZENIA - (imię i nazwisko, adres, telefon, e-mail)	
1.	
2.	
POWIADOMIENIE POLICJI	
1. Czy na miejscu interweniowała Policja/Straż Pożarna/Pogotowie Ratunkowe	
<input type="checkbox"/> TAK, nr sprawy <input type="checkbox"/> NIE	nazwa i adres jednostki policji:
2. Postępowanie karne:	
Mandat karny poszkodowany <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Mandat karny drugi uczestnik zdarzenia TAK/NIE
Dochodzenie Prokuratura <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	dochodzenie Sąd <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. czy na miejscu zdarzenia zostało spisane oświadczenie sprawcy <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
DYSPOZYCJA O FORMIE ROZLICZENIA SZKODY	
kosztorys <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	rachunki <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
DYSPOZYCJA O WYPŁACIE ODSZKODOWANIA	
Wypłata na rzecz właściciela pojazdu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
nazwa banku:	numer konta:
Wypłata na rzecz upoważnionego podmiotu/osoby do odbioru odszkodowania <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Imię i nazwisko/nazwa warsztatu lub podmiotu upoważnionego	Adres zamieszkania/siedziba firmy upoważnionego
nazwa banku upoważnionego:	na numer konta upoważnionego:
Przekaz pocztowy na adres:	
OŚWIADCZENIA	
Oświadczam, że w chwili zdarzenia znajdowałem/am się /nie znajdowałem/am się w stanie nietrzeźwości lub wskazującym na spożycie alkoholu ani pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy w związku z zakupem pojazdu dokonano/nie dokonano odliczenia podatku VAT naliczonego przy jego zakupie? <input type="checkbox"/> TAK, w jakiej wysokości: <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> NIE	
W związku z przedmiotowym zdarzeniem otrzymano/nie otrzymano lub ubiegam się/nie ubiegam się o odszkodowanie w innym towarzystwie ubezpieczeń? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE, Jeśli TAK proszę wymienić nazwę zakładu i rodzaj ubezpieczenia.	
Na pytania zawarte w niniejszym zgłoszeniu udzielono odpowiedzi zgodnych ze stanem faktycznym i według najlepszej wiedzy.	
Na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych informuje, że Pan/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez Polski Gaz towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych i ich poprawiania.	
Miejscowość _____	Data i podpis _____
Własnoręcznie złożonego podpisu potwierdzam na podstawie _____ seria _____ nr _____	
Wydanego przez _____ w dniu _____	
Miejscowość _____	Data i podpis _____