

Numer szkody

NUMER SZKODY (NADANY PRZEZ TOWARZYSTWO)	
DATA PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA	GODZINA ZGL. (GG : MM)

**ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA
NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

Dane dotyczące zdarzenia

DATA I GODZ. ZDARZENIA	_____	_____	NUMER POLISY:	_____
	(DD / MM / RRRR)	(GG : MM)		NUMER POLISY, Z KTÓREJ ZGŁASZANA JEST SZKODA
PRZYCZYNA POWSTANIA SZKODY:	_____			
MIEJSCE ZDARZENIA:	_____			
	(MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NUMER BUDYNKU, NUMER LOKALU LUB GMINA, NUMER DROGI, NAJBLIŻSZA MIEJSCOWOŚĆ)			

Poszkodowany (dane kontaktowe, dodatkowe informacje)

CZY POSZKODOWANY PONIÓSŁ ŚMIERĆ W WYNIKU ZGŁASZANEJ SZKODY?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
IMIĘ NAZWISKO / NAZWA	_____	PESEL / REGION	_____
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU NR LOKALU GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL	ROLA POSZKODOWANEGO (KIERUJĄCY, PASAŻER, POZA POJAZDEM)	
ZAWÓD	OKRES ZATRUDNIENIA		
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ POD WPLYWEM ALKOHOLU / ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ OBJĘTY UBEZPIECZENIEM SPOŁECZNYM?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA MIAŁ ZAPIĘTE PASY?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM

Roszczący (dane kontaktowe; do wypełnienia jeśli poszkodowany poniósł śmierć w wyniku wypadku a osoba roszcząca jest inna niż zgłaszająca roszczenie)

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA	_____	PESEL / REGION	_____
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU NR LOKALU GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL		

Zgłaszający (dane kontaktowe)

IMIĘ NAZWISKO / NAZWA	_____	PESEL / REGION	_____
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU NR LOKALU GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL	ROLA ZGŁASZAJĄCEGO	

Opis zdarzenia i szkic

DOKŁADNY OPIS PRZEBIEGU ZDARZENIA W TYM: PRZYCZYNA WYPADKU, SYTUACJA NA DRODZE, PRĘDKOŚĆ POJAZDÓW, ZACHOWANIE SIĘ UCZESTNIKÓW WYPADKU, KTO UDZIELIŁ PIERWSZEJ POMOCY, HOLOWANIA ITP.:

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">SZKIC SYTUACYJNY</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>
---	---

Podmioty powiadomione o zaistniałym zdarzeniu

POLICJA:

NAZWA JEDNOSTKI

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

KTO POWIADOMIŁ POLICJĘ

DATA I GODZINA POWIADOMIENIA

STRAŻ POŻARNA:

NAZWA JEDNOSTKI

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

POGOTOWIE RATUNKOWE:

NAZWA JEDNOSTKI

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

INNE:

NAZWA

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

Świadkowie zdarzenia – adres zamieszkania, dane kontaktowe

ŚWIADEK 1:

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

ŚWIADEK 2:

IMIĘ NAZWISKO

PESEL

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NR LOKALU

GINA

TELEFON

ADRES E-MAIL

Roszczenie

LP TYP ROSZCZENIA

KWOTA ROSZCZENIA

1.

2.

3.

4.

5.

ŁĄCZNA KWOTA ROSZCZEŃ:

Forma wypłaty odszkodowania - Wypełnia poszkodowany (właściciel pojazdu)

PRZELEWEM NA RACHUNEK BANKOWY

WŁAŚCICIEL RACHUNKU BANKOWEGO

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO

GOTÓWKĄ W DOWOLNEJ PLACÓWCE BANKU PEKAO S.A.

Oświadczenia oraz podpis poszkodowanego

JEDNOCZEŚNIE WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE PRZEZ TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH „TUW” Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE, UL. RAABEGO 13 MOICH DANYCH OSOBOWYCH ZGROMADZONYCH W ZWIĄZKU ZE ZGŁOSZONĄ SZKODĄ – W CELU I ZAKRESIE NIEZBĘDNYM DO LIKWIDACJI TEJ SZKODY.

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH „TUW” Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE, UL. RAABEGO 13, JAKO ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH, INFORMUJE PANIĄ / PANA, ŻE:

- PODANIE DANYCH JEST DOBROWOLNE, ALE NIEZBĘDNE W CELU LIKWIDACJI SZKODY,
- DANE MOGĄ BYĆ UDOSTĘPNIANE PRZEZ TOWARZYSTWO PODMIOTOM UPOWAŻNIONYM DO UZYSKANIA INFORMACJI NA PODSTAWIE PRZEPISÓW USTAWY Z DNIA 22 MAJA 2003 R. O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ (TEKST JEDNOLITY DZ.U. 2010 R. NR 11, POZ. 66 Z PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI),
- PRZYSŁUGUJE PANI / PANU PRAWO WGLĄDU DO TREŚCI SWOICH DANYCH I ICH POPRAWIANIA ZGODNIE Z PRZEPISAMI USTAWY Z DNIA 29.08.1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (TEKST JEDNOLITY DZ.U. 2002 R. NR 101, POZ.926 Z PÓŹNIEJSZYMI ZMIANAMI).

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ WZAJEMNYCH „TUW” Z SIEDZIBĄ W WARSZAWIE, UL. RAABEGO 13, JAKO ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH, INFORMUJE PONADTO PANIĄ / PANA, ŻE PODMIOTY DZIAŁAJĄCE NA ZLECENIE TUW „TUW” - AUTOONLINE SP. Z O.O. ORAZ KGN SP. Z O.O. - PRZETWARZAJĄ DANE W JEGO IMIENIU NA PODSTAWIE ART. 31 USTAWY Z DNIA 29 SIERPNI 1997 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH. DANE ZOSTAŁY POWIERZONE WSKAZANYM PODMIOTOM W CELU:

- PRZEDSTAWIENIA REKOMENDACJI W ZAKRESIE WYBORU WARSZTATU NAPRAWCZEGO,
- ORGANIZACJI I MONITOROWANIA PROCESU NAPRAWY POJAZDU LUB WYNAJMU POJAZDU ZASTĘPCZEGO,
- POMOCY W ZAGOSPODAROWANIU POZOSTAŁOŚCI POJAZDU,
- PRZEPROWADZENIA BADANIA SATYSFAKCJI KLIENTA

WYRAŻAM ZGODĘ NA OTRZYMYWANIE KORESPONDENCJI DOTYCZĄCEJ PRZEDMIOTOWEJ SZKODY ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA ADRES WSKAZANY W NINIEJSZYM FORMULARZU

TAK NIE

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

IMIĘ, NAZWISKO ORAZ PODPIS POSZKODOWANEGO

Załączniki

DO NINIEJSZEGO ZGŁOSZENIA SZKODY ZAŁĄCZAM:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Wypełnia pracownik TUW „TUW” przyjmujący osobiste zgłoszenie szkody

WŁASNORĘCZNOŚĆ PODPISU STWIERDZAM NA PODSTAWIE:

NAZWA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

SERIA I NUMER

WYDANY PRZEZ

WYDANY W DNIU

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

IMIĘ, NAZWISKO ORAZ PODPIS PRACOWNIKA TUW „TUW”