

Nr szkody

Nr Polisy

więcej / niż standard



Zgłoszenie szkody komunikacyjnej

AC OC KR UFG

1 Poszkodowany / Właściciel

Właściciel uszkodzonego pojazdu (Imię i nazwisko/Pełna nazwa firmy)			PESEL/REGON	
Adres	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
Telefon	Fax	E-mail		

2 Kierujący pojazdem w chwili zdarzenia

Imię i nazwisko			PESEL	
Adres	Ulica		Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta	
Telefon	Fax	E-mail		
Prawo jazdy	Numer	Kategoria	Data wydania uprawnień	Data ważności uprawnień
	Wydane przez			

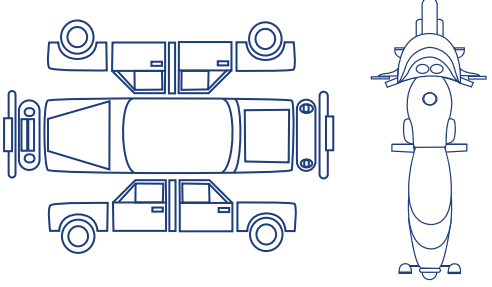
3 Dane uszkodzonego pojazdu

Marka	Nr rejestracyjny	Przebieg
Model	Nr VIN	Rok produkcji
Czy pojazd jest przedmiotem <input type="checkbox"/> kredytu <input type="checkbox"/> leasingu <input type="checkbox"/> współwłasności <input type="checkbox"/> innych		Czy została dokonana cesja praw do odszkodowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Imię i nazwisko/Pełna nazwa, adres		Pełna nazwa, adres podmiotu, na który dokonano cesji
Przeznaczenie pojazdu: Dla potrzeb własnych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Do zarobkowego przewozu osób/towarów <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy przed szkodą pojazd miał nienaprawione uszkodzenia? Jeśli tak, to jakie? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Miejsce postoju uszkodzonego pojazdu - adres		

4 Data i miejsce zdarzenia

Data		Godz.	
Miejscowość, ulica, odcinek drogi			
Czy pojazd był holowany? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data holowania	Trasa holowania	

5 Wykaz uszkodzonych lub skradzionych elementów pojazdu

	Prosimy o zaznaczenie miejsca uszkodzeń
	

6 Dane zgłaszającego szkodę (jeśli zgłaszający to inna osoba niż właściciel lub kierowca)

Imię i nazwisko/Pełna nazwa firmy		PESEL/REGON	
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
	Telefon	Fax	E-mail

7 Powiadomienie policji

Czy o zdarzeniu powiadomiono policję? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Nr sprawy
Czy policja pojawiła się na miejscu zdarzenia? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	
Jednostka policji - nazwa i adres / Sąd, prokuratura - nazwa i adres	
Ukarany mandatem <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	
Jeżeli tak, prosimy podać nr rej. pojazdu, którego kierowca został ukarany mandatem	

8 Drugi uczestnik zdarzenia / Właściciel

Imię i nazwisko/Pełna nazwa firmy		PESEL/REGON	
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
	Telefon	Fax	E-mail

9 Dane drugiego pojazdu uczestniczącego w zdarzeniu

Marka	Nr rejestracyjny
Model	Kolor
Polisa OC - seria i numer	Polisa OC - zawarta w (nazwa towarzystwa)

13 Informacje dodatkowe z miejsca zdarzenia

Szkody materialne poza pojazdem Jakie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM				
Ranni Imię i nazwisko	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM				
Śmierć (jako skutek zdarzenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Karetka (obecna na miejscu zdarzenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Straż pożarna (obecna na miejscu zdarzenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM

14 Świadkowie zdarzenia

Imię i nazwisko	Adres	Telefon
Imię i nazwisko	Adres	Telefon

15 Oświadczenia kierującego

1. Oświadczam, że prowadząc pojazd w chwili zdarzenia:	
▶▶ nie znajdowałem(-am) się pod wpływem alkoholu lub podobnie działających środków	<input type="checkbox"/>
▶▶ znajdowałem(-am) się pod wpływem alkoholu lub podobnie działających środków	<input type="checkbox"/>

16 Oświadczenia właściciela

1. Oświadczam, że kierując pojazdem w momencie zdarzenia użytkowałem go za wiedzą i zgodą właściciela.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Oświadczam, że z tytułu zgłoszonej szkody nie otrzymałem(-am) odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń, jak również nie czynię starań, aby takie odszkodowanie uzyskać.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Oświadczam, że z tytułu zgłoszonej szkody nie otrzymałem(-am) odszkodowania od drugiego uczestnika zdarzenia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Oświadczam, że gdyby dochodzenie prowadzone przez AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. wykazało, że zachodzą okoliczności wyłączające odpowiedzialność Ubezpieczyciela za przedmiotową szkodę lub nie potwierdziło podanych okoliczności lub rozmiaru szkody, zobowiązuję się zwrócić wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od daty wezwania.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Oświadczam, że uszkodzony pojazd był ubezpieczony w zakresie AC tylko w jednym zakładzie ubezpieczeń (dotyczy wyłącznie szkód z AC).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Oświadczam, że jestem podatnikiem VAT, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7. Oświadczam, że pojazd stanowi środek trwały firmy.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8. Oświadczam, że podczas zakupu pojazdu został odliczony podatek VAT.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

17 Forma wypłaty odszkodowania (osoba uprawniona)

<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy	Imię i nazwisko / Adres
<input type="checkbox"/> Przelew bankowy	
Nr rachunku	

18 Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zameldowania)

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych i statystycznych przez AXA Ubezpieczenia TUIR S.A.?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy wyrażasz zgodę na otrzymywanie od AXA Ubezpieczenia TUIR S.A. informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

19 Zgłaszający udzielił powyższych informacji zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy

Miejscowość	Podpis zgłaszającego	Podpis kierującego	Podpis właściciela
Data	Dowód tożsamości (rodzaj, seria i numer)	Dowód tożsamości (rodzaj, seria i numer)	Dowód tożsamości (rodzaj, seria i numer)
Potwierdzenie autentyczności podpisu (podpis i pieczętka przyjmującego zgłoszenie)			