



PZU SA

Druk zgłoszenia szkody w pojeździe

z ubezpieczenia AC OC

Uzupełniający

Data zdarzenia
dzień miesiąc rok

Godzina:

Nr szkody PL20

Poszkodowany

Imię i nazwisko (nazwa firmy):

Adres e-mail: Tel.:

Marka pojazdu: Nr rejestracyjny:

Dokładny przebieg zdarzenia

Przyczyna wypadku, sytuacja na drodze, prędkość pojazdów, zachowanie uczestników wypadku, kto spisał oświadczenie, kto wezwał Policję, kto udzielił pierwszej pomocy, holowania, itp.

Czy przed zgłoszeniem szkody pojazd miał nienaprawione uszkodzenia? NIE TAK, jakie

Data i podpis składającego oświadczenie

Oświadczenie kierującego

Oświadczam, że w chwili wypadku nie znajdowałem(am) się w stanie nietrzeźwości lub wskazującym na spożycie alkoholu, ani pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających.

Imię i nazwisko Podpis
dzień miesiąc rok

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie: Seria Nr
(Wymienić dokument tożsamości)

wydany przez dnia

Podpis pracownika przyjmującego oświadczenie:

Dyspozycja wypłaty

Przelew na podany poniżej numer konta bankowego

Autowypłata w kasie banku

Przekaz pocztowy na adres wskazany w niniejszym druku

Upoważnienie wypłaty na rzecz Zakładu Naprawczego

Oświadczenie właściciela pojazdu poszkodowanego

Oświadczam, że:

- 1) Pojazd został użyty w dniu zdarzenia za moją zgodą i wiedzą.
- 2) Z tytułu zaistniałej szkody **nie otrzymałem(am) odszkodowania** z innego zakładu ubezpieczeń i nie ubiegam się o odszkodowanie w innym zakładzie ubezpieczeń lub innej jednostce PZU SA.
- 3) **Jestem/nie jestem*** płatnikiem podatku VAT.
- 4) Po zakupie pojazdu **dokonałem(am)/nie dokonałem(am)*** odliczenia podatku VAT naliczonego przy jego zakupie.
- 5) Samochód, w którym powstała szkoda **jest/nie jest*** ubezpieczony w innym zakładzie ubezpieczeń; w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „jest”, na podstawie przepisu art. 824¹ § 2 kodeksu cywilnego, prosimy o wypełnienie poniższej tabeli:

Nazwa i adres zakładu, w którym zawarto ubezpieczenie:		
Nazwa ubezpieczenia:	Numer dokumentu ubezpieczenia (polisy):	Przedmiot ubezpieczenia:
Rodzaj ryzyk (zdarzeń losowych) objętych ubezpieczeniem:	Okres, na jaki zawarto ubezpieczenie: od do	Suma ubezpieczenia:

6. Zgodnie z art. 17 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151) w związku z art. 81 ust. 8 pkt 4 ustawy z dnia 20.06.1997 r. Prawo o ruchu drogowym (tekst jednolity Dz. U. z 2003 r. Nr 58, poz. 515), zobowiązuję się do:
 - a) Wykonania dodatkowego badania technicznego pojazdu, w którym została dokonana naprawa wynikająca ze zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na kwotę przekraczającą 2000 zł.
 - b) Poinformowania PZU SA o dokonaniu badania technicznego, o którym mowa w pkt a, poprzez przekazanie kopii dowodu rejestracyjnego/zaświadczenia o przeprowadzeniu badania technicznego.
7. Podanie danych zawartych w niniejszym zgłoszeniu jest niezbędne do likwidacji przez PZU SA zgłaszanej szkody.
Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne”.
Na pytania zawarte w niniejszym formularzu oraz zadane przez operatora Telecentrum PZU odpowiedziano zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Podpis

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień	miesiąc	rok

Wyrażam zgodę na otrzymanie dokumentacji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu szkody

Imię i nazwisko Podpis

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień	miesiąc	rok

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie: Seria Nr
(Wymienić dokument tożsamości)

wydany przez dnia

Podpis pracownika przyjmującego oświadczenie:

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 101 poz. 926 tekst jednolity z późniejszymi zmianami) informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania.

* Niepotrzebne skreślić