

Miejsce, gdzie znajduje się uszkodzony pojazd

Adres (miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....

Przeznaczenie pojazdu uszkodzowanego

Dla potrzeb własnych?	<input type="checkbox"/>	Czy pojazd jest przedmiotem zastawu?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Do prowadzenia działalności gospodarczej?	<input type="checkbox"/>	Czy pojazd jest w leasingu?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Czy pojazd został użyty za wiedzą i zgodą właściciela?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Czy dokonano przeniesienia własności pojazdu na rzecz banku?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Czy uszkodzowany jest pierwszym właścicielem pojazdu?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nazwa banku	
Czy pojazd został sprowadzony z zagranicy?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Oddział w	
Czy pojazd przed zgłoszoną szkodą miał nie naprawione uszkodzenia?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Miejscowość: <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	

Dane o polisie AC

Numer polisy AC wystawiona przez

Okres odpowiedzialności od do Suma ubezpieczenia

Ubezpieczenie wyposażenia dodatkowego Tak Nie , Jeśli tak, jakie?**Dane pojazdu sprawcy (jeśli jest znany)**

Właściciel pojazdu

Adres -

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(miejscowość)

Kierujący pojazdem sprawcy

Dane pojazdu sprawcy

Marka pojazdu Typ i Model

Barwa nadwozia

nr rejestracyjny

Przedkość pojazdu sprawcy:

Nr polisy OC: nazwa towarzystwa ubezpieczeń

Powiadomienie policjiCzy powiadomiono policję? Tak Nie Data powiadomienia - -

Godzina, Nazwa i adres jednostki policji

Świadek/świadkowie zdarzenia

1. Imię i nazwisko

Adres -

2. Imię i nazwisko

Adres - **Szkody poza pojazdem**Czy są szkody rzeczowe poza pojazdem? Tak Nie , jeśli tak, to jakie?Czy są osoby ranne? Tak Nie , jeśli tak, to jakie odniosły obrażenia?**Warunki drogowe**CP-TUW/SZ/110/10 zaznaczyć znakiem x właściwy kwadrat *) niepotrzebne skreślić

Zgłaszający (jeżeli nie jest to właściciel pojazdu)

Imię i nazwisko -

Adres (ulica, nr domu, nr mieszkania) (miejscowość)

tel. dom.....praca..... tel. kom.

Oświadczenie właściciela pojazdu

1. Pojazd został użyty w dniu wypadku za moją zgodą i wiedzą. Tak Nie
2. Z tytułu zaistniałej szkody nie otrzymałem odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń i nie ubiegam się o odszkodowanie w innym zakładzie ubezpieczeń.
3. Jestem/nie jestem * płatnikiem podatku VAT (niepotrzebne skreślić).
4. Po zakupie pojazdu dokonałem(am)/niekonałem(am)* odliczenia podatku VAT naliczonego przy jego zakupie (niepotrzebne skreślić).
5. Wyrażam zgodę na wykonanie przez Concordia Polska TUW kserokopii moich dokumentów (w tym dowodu osobistego, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego pojazdu oraz innych dokumentów niezbędnych do przeprowadzenia procesu likwidacji).

Data: - -

Podpis:

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie (wymienić dokument tożsamości)

Seria Nr wydany przez..... dnia.....

Podpis i pieczęć pracownika CONCORDIA POLSKA TUW przyjmującego oświadczenie

Forma wypłaty odszkodowania

Przelewem na rachunek bankowy

Właściciel rachunku..... Oddział

Nazwa Banku N/rachunku

Przekazem pocztowym na wskazany przez poszkodowanego adres zamieszkania

Oświadczenie kierującego (dotyczy wyłącznie pojazdów będących w ruchu)

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

Data: - - Imię i nazwisko Podpis

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie (wymienić dokument tożsamości)

Seria nr wydany przez..... dnia.....

Podpis i pieczęć pracownika CONCORDIA POLSKA TUW przyjmującego oświadczenie.....

Oświadczenie właściciela pojazdu lub uprawnionego do odbioru odszkodowania

Oświadczam, że w przypadku gdyby dochodzenie prowadzone przez organy ścigania lub postępowanie sądowe oraz likwidacyjne wykazało, że zachodzą okoliczności wykluczające odpowiedzialność CONCORDIA POLSKA TUW za szkodę likwidowaną w ramach niniejszego zgłoszenia lub nie potwierdziło podanego rozmiaru szkody, zobowiązuje się zwrócić do CONCORDIA POLSKA TUW wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od otrzymania wezwania.

Data: - - Imię i nazwisko Podpis

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie (wymienić dokument tożsamości)

Seria nr wydany przez..... dnia.....

Podpis i pieczęć pracownika CONCORDIA POLSKA TUW przyjmującego oświadczenie.....

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz.883 ze zmianami) informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez CONCORDIA POLSKA TUW z siedzibą 61-119 Poznań, ul. św. Michała 43 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

Oświadczam, że zgłoszenie szkody zostało wypełnione w sposób zgodny z rzeczywistością i posiadaną wiedzą.

..... (data i podpis składającego zgłoszenie szkody) (data, podpis i pieczęć pracownika przyjmującego zgłoszenie szkody)