

Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia ochrony prawnej

OCHRONA PRAWNA POJAZDU I UMÓW

OCHRONA PRAWNA KIEROWCY

WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

POLISA typ _____ nr _____

Numer szkody _____

Ubezpieczony

- Zamierza dochodzić swoich roszczeń z czynu niedozwolonego
- Wszczęto przeciwko niemu postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie
- Zatrzymano jego Prawo Jazdy lub Dowód Rejestracyjny
- Istnieje potrzeba ochrony interesów Ubezpieczającego w sprawie związanej z umową

DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZAJĄCEGO SZKODĘ I DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

1. UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko / Nazwa firmy _____ REGON / PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____ Telefon _____

2. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko / Nazwa firmy _____ REGON / PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____ Telefon _____

3. WŁAŚCICIEL POJAZDU

Imię i nazwisko / Nazwa firmy _____ REGON / PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____ Telefon _____

4. KIERUJĄCY POJAZDEM

Imię i nazwisko / Nazwa firmy _____ PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____ Telefon _____

5. RACHUNEK BANKOWY UBEZPIECZONEGO

Posiadacz rachunku _____

Nazwa banku _____

Nr rachunku _____

6. UMOWA UBEZPIECZENIA POJAZDU I UMÓW

Oznaczenie ubezpieczonego pojazdu (proszę załączyć kopię dowodu rejestracyjnego)

Marka _____ Typ / Model _____ Rok produkcji / złożenia _____

Numer rejestracyjny _____ Numer nadwozia _____
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

- Czy pojazd jest przedmiotem zastawu? Tak Nie
- Czy jest ustanowiona cesja? Tak Nie Jeżeli tak, podać nazwę _____
- Czy pojazd jest przedmiotem Leasingu? Tak Nie

7. UMOWA UBEZPIECZENIA KIEROWCY

Oznaczenie ubezpieczonego kierowcy (proszę załączyć kopię prawa jazdy)

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____

10. SKUTKI ZDARZENIA

Prosimy o wskazanie jakie są skutki zdarzenia szkodowego, tj.:

- 1) w przypadku wyrządzenia szkody Ubezpieczonemu przez osobę trzecią – prosimy o opisanie szkody rzeczowej i/lub osobowej (uszkodzenia ubezpieczonego pojazdu, obrażenia ciała osoby Ubezpieczonej);
- 2) w przypadku przedstawienia Ubezpieczonemu zarzutu popełnienia przestępstwa lub wykroczenia – prosimy o podanie treści zarzutu, prosimy załączyć kopię postanowienia o przedstawieniu zarzutów, ewentualnie także innych posiadanych dokumentów związanych ze sprawą, np. pokwitowanie zatrzymania prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego itp.
- 3) w przypadku zatrzymania dowodu rejestracyjnego lub prawa jazdy Ubezpieczonego – prosimy załączyć pokwitowanie zatrzymania oraz wszelkie inne dokumenty z tym związane;
- 4) w przypadku sporu dotyczącego umowy związanej z pojazdem – prosimy o wskazanie czego dokładnie dotyczy spór, m.in. co jest pomiędzy stronami sporne. Prosimy o załączenie kopii umowy (jeżeli była sporządzona na piśmie) oraz wszelkich innych dokumentów, które dotyczą sporu.

POWIADOMIENIE POLICJI / ŚWIADKOWIE

Czy zdarzenie zgłoszono Policji? Tak Nie Nazwa i adres jednostki Policji _____

11. DANE ŚWIADKA 1

Imię i nazwisko _____ Telefon _____

Adres z kodem pocztowym _____

12. DANE ŚWIADKA 2

Imię i nazwisko _____ Telefon _____

Adres z kodem pocztowym _____

13. INFORMACJE O DZIAŁANIACH PODJĘTYCH PRZEZ UBEZPIECZONEGO W ZWIĄZKU ZE ZGŁASZANYM ZDARZENIEM

Prosimy o podanie jakich czynności dokonano w trakcie i po zdarzeniu, w tym w szczególności czy szkoda została zgłoszona właściwemu zakładowi ubezpieczeń. Prosimy o podanie czy i jakie oświadczenia były składane innym uczestnikom zdarzenia, czy zawierano ugodę. Należy wskazać także czy i jakie oświadczenia, zawiadomienia złożono wobec organów publicznych. Jeżeli tak, prosimy załączyć kopie stosownych dokumentów.

14. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Ja niżej podpisany, oświadczam że:

1. Pojazd w związku, z którego posiadaniem / użytkowaniem / jazdą w nim w charakterze pasażera powstało zgłaszane zdarzenie jest nie jest moją własnością, jestem / nie jestem jego posiadaczem.

2. W czasie zdarzenia pojazdem kierowałem/-ła _____

3. Podczas zdarzenia kierowca pojazdu określonego w pkt 1 powyżej był / nie był w stanie po użyciu alkoholu, zażyciu narkotyków, innych środków odurzających lub leków o podobnym działaniu.

Jeśli był, to jakie środki zostały użyte: _____

Czy użycie / nie użycie środków zostało stwierdzone np. poprzez badanie alkomatem, jeśli tak to jaki był wynik: _____

4. Podczas zdarzenia byłem/ -łam / nie byłem/ -łam w stanie po użyciu alkoholu, zażyciu narkotyków, innych środków odurzających lub leków

o podobnym działaniu. Jeśli był, to jakie środki zostały użyte: _____

Czy użycie / nie użycie środków zostało stwierdzone np. poprzez badanie alkomatem, jeśli tak to jaki był wynik: _____

5. Podczas zdarzenia pojazd został użyty za moją zgodą i wiedzą / bez mojej wiedzy i zgody .

6. Szkodę z dnia ____-____-____ zgłosiłem / nie zgłosiłem u innego ubezpieczyciela do likwidacji z umowy ubezpieczenia AC , OC ,

nazwa ubezpieczyciela: _____ nr szkody: _____

7. Inny uczestnik zdarzenia zgłosił / nie zgłosił szkody do likwidacji w ramach mojego ubezpieczenia OC, nazwa ubezpieczyciela _____

8. Za szkodę z dnia ____-____-____ otrzymałem / nie otrzymałem żadnego odszkodowanie /-a.

Wartość odszkodowania _____ PLN.

9. Jestem / nie jestem płatnikiem podatku VAT.

10. Po zakupie pojazdu dokonałem(łam) / nie dokonałem(łam) odliczenia podatku VAT naliczonego przy jego zakupie.

11. Pojazd został wciągnięty do ewidencji środków trwałych firmy Tak / Nie

Gdyby dochodzenie prowadzone przez uprawnione organy ujawniło okoliczności wyłączające odpowiedzialność Polskiego Związku Motorowego Towarzystwo

Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group za szkodę z dnia ____-____-____ lub wypłacone odszkodowanie przewyższało rozmiar szkody objętej ubezpieczeniem, zobowiązuję się zwrócić Polskiemu Związkowi Motorowemu Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group wypłacone odszkodowanie odpowiednio w całości lub części.

Załączam:

1. kopię dowodu rejestracyjnego pojazdu,

2. kopię prawa jazdy kierowcy,

3. _____

4. _____

5. _____

data ____-____-____

podpis

Polski Związek Motorowy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.) – informuje, że Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Polski Związek Motorowy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162 A w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani / Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.