

Zgłoszenie Szkody (uszkodzenie szyby w pojeździe mechanicznym)

WAŻNE:

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego druku (czytelnie), nie omijając żadnego z pól. W przypadku pytań wyboru prosimy używać znaku "X" dla właściwej odpowiedzi.

* niewłaściwie skreślić

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): _____

Dane dotyczące poszkodowanego w zdarzeniu

Właściciel pojazdu uszkodzonego

Imię i nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Dokonałem Nie dokonałem odliczenia podatku VAT przy zakupie pojazdu.

Mam Nie mam możliwości odliczenia podatku VAT od kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu.

Współwłaściciel pojazdu uszkodzonego

Imię i nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Użytkownik pojazdu uszkodzonego

Imię i nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Kierujący pojazdem uszkodzonym

Seria i nr prawa jazdy: _____ Kategoria: _____ Ważne od: ___/___/20___ do: ___/___/20___

W chwili zdarzenia pojazdem kierował:

Właściciel Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Dane dotyczące sprawcy zdarzenia (jeśli jest znany)

Właściciel pojazdu

Imię i nazwisko/Nazwa firmy*: _____ PESEL/REGON: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Kierujący pojazdem

Seria i nr prawa jazdy: _____ Kategoria: _____ Ważne od: ___/___/20___ do: ___/___/20___

W chwili zdarzenia pojazdem kierował:

Właściciel Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Ulica, nr domu/lokalu: _____ Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

Dane pojazdu poszkodowanego

Marka: _____ Typ: _____ Model: _____

Nr nadwozia (VIN): _____ Nr rejestracyjny: _____ Rok produkcji: _____

Seria i nr dow. rejestracyjnego: _____ Barwa i nr lakieru: _____

Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie OC? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać Nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: _____ Nr polisy: _____

Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie AC? NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać Nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: _____ Nr polisy: _____

Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: _____

Czytelny podpis: _____

Data: ___/___/20___

Dane pojazdu sprawcy

Marka: _____ Typ: _____ Barwa: _____

Model: _____ Nr rejestracyjny: _____

Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie OC: NIE TAK

Jeśli TAK, prosimy podać Nazwę Towarzystwa Ubezpieceniowego: _____

Nr polisy: _____ Datę ważności polisy: od ___/___/20___ do: ___/___/20___

Informacje dotyczące zdarzenia

Data i godzina wystąpienia zdarzenia: ___/___/20___ : ___:___

Miejsce powstania zdarzenia:

Kraj: _____ Województwo: _____ Gmina: _____

Miejscowość/Trasa (km): _____

Ulica, nr domu (lokalu), skrzyżowanie, rondo: _____

Teren zabudowany: NIE TAK Dopuszczalna prędkość _____ km/h

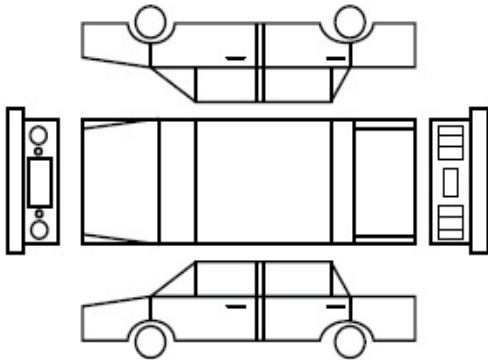
Szczegółowy opis zdarzenia

Prosimy o dokładne opisanie okoliczności powstania zdarzenia (przyczyna zdarzenia, sytuacja na drodze, prędkość pojazdu, zachowanie uczestników zdarzenia, kto wezwał Policję, kto spisał oświadczenie, kto udzielił pierwszej pomocy, itp.):

Zakres uszkodzeń pojazdów

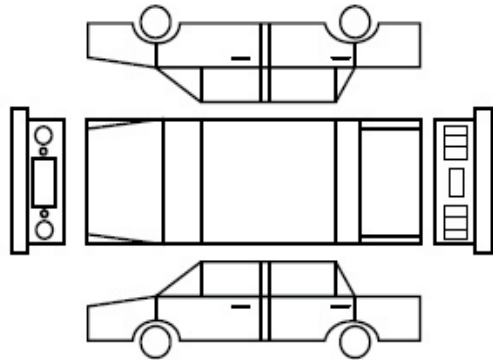
Prosimy o zaznaczenie znakiem "X" uszkodzonych części pojazdu.

Pojazd poszkodowanego



Opis uszkodzeń: _____

Pojazd sprawcy



Opis uszkodzeń: _____

Marka uszkodzonej szyby w pojeździe poszkodowanego odczytana z tabliczki identyfikacyjnej szyby: _____

Czy pojazd poszkodowanego posiada uszkodzenia niezwiązane ze zgłoszoną szkodą? NIE TAK

Jeśli TAK, jakie?: _____

Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: _____

Czytelny podpis: _____

Data: ___/___/20___

RESO Europa Service Sp. z o.o.
Partner BALCIA INSURANCE SE w Polsce
ZGŁOSZENIE SZKODY e-mail: likwidacja@reso.com.pl
T +48 87 565 4444, KOM +48 57 595 4444
www.reso.com.pl

Informacje dodatkowe

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

Policja _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Przyjechała Nie przyjechała Sporządziła protokół Nie sporządziła protokołu

Straż Pożarna _____ / ____ / 20 ____ godz. ____ : ____
 Przyjechała Nie przyjechała Sporządziła protokół Nie sporządziła protokołu

Czy na miejscu zdarzenia było spisane oświadczenie?

NIE TAK

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu był pod wpływem alkoholu lub podobnie działających innych środków odurzających? NIE TAK

Jeśli TAK, kto?

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu zbiegł z miejsca zdarzenia? NIE TAK

Jeśli TAK, kto?

Czy pojazd poszkodowanego przebywał na parkingu strzeżonym? NIE TAK

Jeśli TAK, gdzie? (Nazwa firmy):

Adres:

Ilość dni parkowania: _____

Przeznaczenie pojazdu poszkodowanego: (UŻYTEK WŁASNY, DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA)

Czy pojazd został wciągnięty do ewidencji środków trwałych firmy? NIE TAK

Kwota roszczenia

_____ PLN (słownie: _____)

Dane bankowe do wypłaty świadczenia

Nazwa banku: _____

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

Adres właściciela rachunku bankowego: _____

Wykaz dokumentów

Kopie niżej wymienionych dokumentów są niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody.

Prosimy o dostarczenie:

1. Prawo jazdy kierującego.
2. Dowód rejestracyjny pojazdu.
3. Aktualna polisa ubezpieczeniowa.
4. Zdjęcia uszkodzonej szyby (prosimy o zdjęcia z całej uszkodzonej szyby oraz zbliżenia uszkodzenia szyby).
5. Rachunek i/lub faktura stwierdzająca poniesione koszty (prosimy o dokument oryginalny).
6. Dowód zapłaty ww. rachunku i/lub faktury.
7. Oświadczenie sprawcy jeśli zostało sporządzone.
8. Notatka policji.
9. Inne dokumenty wskazane przez specjalistę w trakcie likwidacji szkody.

Oświadczenie zgłaszającego szkodę

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1. Zgodnie z art. 16 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczącej przedmiotowej szkody:
 telefonicznie na numer _____
 na e-mail: _____
2. Z tytułu zaistniałej szkody nie ubiegam się i nie otrzymałem odszkodowania z innego Towarzystwa Ubezpieczeniowego.
3. Podane informacje w niniejszym zgłoszeniu szkody są prawdziwe, kompletne i dokładne. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 298 Kodeksu Karnego § 1 „Kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.
4. Zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przekazywanie przez Balcia Insurance SE moich danych osobowych innym podmiotom prawa polskiego powiązanych z towarzystwem ubezpieczeniowym Balcia Insurance SE, z którymi współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej.
5. W związku ze złożeniem wniosku jestem poinformowany(a), że Balcia Insurance SE będzie nagrywać rozmowy telefoniczne i ustne, za pomocą nagrań audio i wideo, z prawem do korzystania z tych zapisów jako dowód w postępowaniu sądowym w sprawie odszkodowań ubezpieczeniowych.
6. Upoważniam Balcia Insurance SE z prawem substytucji do pozyskiwania w moim imieniu informacji niezbędnej do ustalenia okoliczności zdarzenia oraz ustalenia odpowiedzialności i wysokości świadczenia przed wszystkimi organami administracji publicznej, organami samorządu terytorialnego, urzędami, instytucjami i przedsiębiorstwami państwowymi w celu ustalenia odpowiedzialności Balcia Insurance SE.
7. W przypadku wykazania przez Balcia Insurance SE okoliczności wyłączających jej odpowiedzialność za przedmiotową szkodę lub nie potwierdzenia podanych okoliczności lub rozmiaru szkody, zobowiązuję się zwrócić wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od daty wezwania.

Osoba wypełniająca zgłoszenie

Imię i nazwisko: _____

Czytelny podpis: _____

Data: ____ / ____ / 20 ____