

Informacje dodatkowe

Prosimy o dokładne udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania.

Kiedy po raz pierwszy Zgłaszający dowiedział się o powstaniu szkody?

Data: ___ / ___ / 20___

Od kogo Zgłaszający dowiedział się o powstaniu szkody?

Imię i nazwisko: _____ Telefon: _____

Jakie czynności były wykonane aby zmniejszyć rozmiar szkody i przez kogo?

Jakie czynności były wykonane aby rozwiązać żądanie o odszkodowanie?

Czy kwota zadłużenia została Poszkodowanemu już pokryta?

NIE TAK Jeśli TAK, prosimy podać przez kogo i w jakiej wysokości:

Imię i nazwisko: _____ Telefon: _____

Wysokość: _____ PLN, słownie: _____

Czy Agent Ubezpieczeniowy posiada inne ubezpieczenia z tytułu wykonywania czynności agencyjnych?

NIE TAK Jeśli TAK, prosimy podać:

Nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: _____ Nr polisy: _____

Czy Poszkodowany posiada inne ubezpieczenia z jakich mógłby ubiegać się o odszkodowanie z tytułu zgłoszonej szkody?

NIE TAK Jeśli TAK, prosimy podać:

Nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: _____ Nr polisy: _____

Dane bankowe do wypłaty świadczenia

Nazwa banku: _____

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego: _____

Adres właściciela rachunku bankowego: _____

Oświadczenie poszkodowanego

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 powiązanym 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.

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