

Numer szkody: _____ Typ szkody: _____

Numer polisy: _____

Okres ubezpieczenia: _____ - _____



Zgłoszenie szkody

Proszę uzupełnić brakujące dane, podpisać formularz i w załączonej kopercie wysłać na nasz adres: Aviva, Skr. pocztowa nr 11, 00-800 Warszawa 66. Jeśli wypełnione dane są nieprawidłowe, proszę skreślić błędy i wpisać poprawnie.

Czas i miejsce	Data: _____ Godzina: _____
	Miejsce: _____

Zgłaszający/a szkodę	Szkodę zgłosił/a: _____ Poszkodowany/a <input type="checkbox"/> Sprawca <input type="checkbox"/> Osoba trzecia <input type="checkbox"/>
	Imię i nazwisko: _____
	Miejsce zamieszkania: _____

Poszkodowany/a	Kierujący pojazdem poszkodowanego	Imię i nazwisko: _____
		Adres zamieszkania: _____
		PESEL/NIP: _____
		Seria i nr dowodu osobistego: _____
		Tel: _____
		E-mail: _____

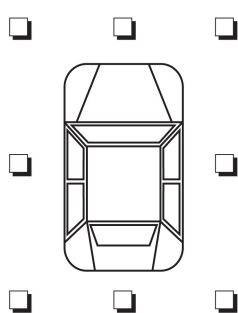
Pojazd poszkodowanego	Marka, model: _____
	Nr rejestracyjny: _____ Rok produkcji: _____ Nr nadwozia: _____
	Kolor: _____ Nr silnika: _____ Przebieg: _____
	Cesjonariusz: _____
	Współwłaściciel: _____
	Czy przed szkodą pojazd posiadał widoczne uszkodzenia? NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK, to jakie? _____
Czy pojazd przechodził wcześniej naprawę blacharsko – lakierniczą? NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>	
Jeśli TAK, to w jakim zakresie? _____	

Uszkodzenia w pojeździe poszkodowanego	Proszę zaznaczyć elementy pojazdu, które zostały uszkodzone:	Proszę zaznaczyć dodatkowe elementy, które zostały uszkodzone:																		
	<p>Proszę zaznaczyć dodatkowe elementy, które zostały uszkodzone:</p> <table><tr><td>Silnik</td><td><input type="checkbox"/></td><td>tylnie zawieszenie</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>skrzynia biegów</td><td><input type="checkbox"/></td><td>wnętrze</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>osłona silnika</td><td><input type="checkbox"/></td><td>poduszki powietrzne</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>podwozie</td><td><input type="checkbox"/></td><td>lusterko</td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>zawieszenie przednie</td><td><input type="checkbox"/></td><td>zamek</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table> <p>inne elementy: _____</p> <p>_____</p>	Silnik	<input type="checkbox"/>	tylnie zawieszenie	<input type="checkbox"/>	skrzynia biegów	<input type="checkbox"/>	wnętrze	<input type="checkbox"/>	osłona silnika	<input type="checkbox"/>	poduszki powietrzne	<input type="checkbox"/>	podwozie	<input type="checkbox"/>	lusterko	<input type="checkbox"/>	zawieszenie przednie	<input type="checkbox"/>	zamek
Silnik	<input type="checkbox"/>	tylnie zawieszenie	<input type="checkbox"/>																	
skrzynia biegów	<input type="checkbox"/>	wnętrze	<input type="checkbox"/>																	
osłona silnika	<input type="checkbox"/>	poduszki powietrzne	<input type="checkbox"/>																	
podwozie	<input type="checkbox"/>	lusterko	<input type="checkbox"/>																	
zawieszenie przednie	<input type="checkbox"/>	zamek	<input type="checkbox"/>																	

Mienie poszk odowa nego	Mienie, które uległo uszkodzeniu: _____		
	Czy w wymienionym mieniu występowały wcześniej uszkodzenia?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK, to jakie? _____		
	Czy mienie zostało już naprawione?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK, to jakie? _____		
Wartość uszkodzonego mienia: _____			

Drugi uczest nik/spr awca	Imię i nazwisko właściciela pojazdu: _____	
	Miejsce zamieszkania: _____	
	Telefon: _____	
	Imię i nazwisko kierującego pojazdem: _____	
	Miejsce zamieszkania: _____	
	Telefon: _____	

Pojazd drugie go uczest nika/ spraw cy	Marka, model: _____	Ubezpieczony w zakresie OC
	Nr rejestracyjny: _____	w _____
	Kolor: _____	Nr polisy: _____

Uszko dzenia w pojeź dzie spraw cy	Proszę zaznaczyć elementy pojazdu, które zostały uszkodzone:	Proszę zaznaczyć dodatkowe elementy, które zostały uszkodzone:																			
		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>Silnik</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>tyłne zawieszenie</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>skrzynia biegów</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>wnętrze</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>osłona silnika</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>poduszki powietrzne</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>podwozie</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>lusterko</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td>zawieszenie przednie</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>zamek</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p>inne elementy: _____</p> <p>_____</p>	Silnik	<input type="checkbox"/>	tyłne zawieszenie	<input type="checkbox"/>	skrzynia biegów	<input type="checkbox"/>	wnętrze	<input type="checkbox"/>	osłona silnika	<input type="checkbox"/>	poduszki powietrzne	<input type="checkbox"/>	podwozie	<input type="checkbox"/>	lusterko	<input type="checkbox"/>	zawieszenie przednie	<input type="checkbox"/>	zamek
Silnik	<input type="checkbox"/>	tyłne zawieszenie	<input type="checkbox"/>																		
skrzynia biegów	<input type="checkbox"/>	wnętrze	<input type="checkbox"/>																		
osłona silnika	<input type="checkbox"/>	poduszki powietrzne	<input type="checkbox"/>																		
podwozie	<input type="checkbox"/>	lusterko	<input type="checkbox"/>																		
zawieszenie przednie	<input type="checkbox"/>	zamek	<input type="checkbox"/>																		

Opis zdarze nia	Opis podany podczas zgłoszenia szkody: -		
	Czy opis jest poprawny?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	Jeśli NIE, proszę zamieścić poprawny opis:		

Świadkowie	Imię i nazwisko: _____
	Miejsce zamieszkania: _____
	Telefon: _____
	Imię i nazwisko: _____
	Miejsce zamieszkania: _____
	Telefon: _____

Forma wypłaty odszkodowania	Beneficjent/uprawniony do odbioru odszkodowania:
	Imię i nazwisko: _____
	Miejsce zamieszkania: _____
	Telefon: _____
	Odszkodowanie proszę wypłacić: przelewem na rachunek bankowy <input type="checkbox"/> przekazem pocztowym <input type="checkbox"/> , adres jak wyżej
	Nazwa banku: _____
Nr rachunku: _____	

Dodatki uwagi	_____

Postanowienia końcowe	Ja, niżej podpisany, oświadczam, że: 1. Nie zgłosiłem/am powyższej szkody i roszczeń u innego Ubezpieczyciela krajowego, zagranicznego lub innego podmiotu zajmującego się likwidacją szkód. 2. Nie otrzymałem /am żadnego odszkodowania z powyższego tytułu od Ubezpieczyciela krajowego lub zagranicznego, jak również od sprawcy wypadku/kolizji. 3. Udzieliłem /am zgodnie z prawdą wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody. Wyrażam zgodę na zasięganie przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA u ubezpieczycieli informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, jak również do udostępniania przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA innym ubezpieczycielom, informacji dotyczących zgłaszanej szkody.
	Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 70, 00 – 838 Warszawa oraz na przekazywanie ich podmiotom współpracującym z Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA w celu i zakresie niezbędnym do likwidacji zgłoszonej szkody. Jednocześnie informujemy o prawie wglądu do swoich danych i ich poprawiania. Podawanie powyższych danych jest obowiązkowe wyłącznie wobec faktu ubiegania się o odszkodowanie z umowy ubezpieczenia.
Data: _____ Czytelny podpis: _____	