



**WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ****Zaistniałe zdarzenie zgłoszono następującym organom**1. **Policja** (nazwa jednostki / adres) TAK  /NIE 2. **Straż Pożarna** (nazwa jednostki / adres) TAK  /NIE 3. **Inny** (adres) TAK  /NIE 4. **Inny** (nazwa / adres) TAK  /NIE **Świadkowie zdarzenia**

1. Nazwisko i imię .....

2. Nazwisko i imię .....

Adres zamieszkania .....

Adres zamieszkania .....

ulica, nr domu, nr mieszkania

ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość .....

Miejscowość .....

**Forma wypłaty odszkodowania**

Przelewem na konto bankowe poszkodowanego \*

W kasie TUV „TUV”\*

**Posiadacz konta** .....

Numer rachunku |

**Załączniki**

Do niniejszego zgłoszenia szkody załączam:

1. .... 3. ....

2. .... 4. ....

1. Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres wskazany w niniejszym zgłoszeniu szkody TAK  /NIE .
2. Oświadczam że w chwili zdarzenia poszkodowany był/ nie był \* w stanie po użyciu alkoholu, leków odurzających, narkotyków, innych środków psychotropowych
3. Oświadczam, że powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....  
Miejscowość, data.....  
Podpis osoby zgłaszającej szkodę**WYPEŁNIA TUV „TUV”**

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie .....

wymienić dokument tożsamości

Seria ..... Numer ..... Wydany przez..... w dniu .....

.....  
Miejscowość, data.....  
Imię, nazwisko i podpis pracownika TUV „TUV”**Wprowadzenie danych do systemu**.....  
Miejscowość, data.....  
Imię, nazwisko, stanowisko służbowe oraz podpis pracownika TUV „TUV” wprowadzającego do systemu zgłoszenie szkody**WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY**Ubezpieczony ..... Podpisał deklarację zgody w dniu .....  
na sumę ..... wykaz nr / pozycja.....

Poszkodowany w dniu wypadku był/ nie był \* pracownikiem naszego zakładu. Umowa o pracę została rozwiązana w dniu .....

Wypadek został uznany za wypadek przy pracy/ wypadek w drodze do pracy/ wypadek w życiu prywatnym\*

.....  
Miejscowość, data.....  
Pieczęć i podpis przedstawiciela zakładu pracy**WYPEŁNIA PLACÓWKA SZKOLNA, OPIEKUŃCZA, ORGANIZATOR IMPREZY**

Ubezpieczony ..... jest uczniem/wychowankiem/uczestnikiem\* naszej placówki w okresie ..... Umowa ubezpieczenia zawarta w formie bezimiennej/imiennej\* wykaz nr /poz.....

.....  
Miejscowość, data.....  
Pieczęć i podpis przedstawiciela placówki

\* niepotrzebne skreślić