.....
pieczęć jednostki TUW „TUW”

* niepotrzebne skreślić

ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ

z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

NR SZKODY ☐☐☐ / ☐☐ / ☐☐ / ☐☐

WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ

Nazwisko i imię osoby zgłaszającej |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Data godzina zgłoszenia szkody ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ ☐☐ : ☐☐ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Dzień, miesiąc, rok godzina miejscowość

Symbol i numer polisy, z której zgłaszana jest szkoda OC |_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_| Suma gwarancyjna.....

Data i godzina zdarzenia ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ ☐☐ : ☐☐ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Dzień, miesiąc, rok godzina miejscowość

Poszkodowany	Ubezpieczający (Posiadacz pojazdu)
Nazwisko i imię |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Nazwisko i imię / Nazwa |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Adres zamieszkania |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Adres zamieszkania / Siedziba |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
ulica, nr domu, nr mieszkania	*ulica, nr domu, nr mieszkania*
☐☐ - ☐☐☐ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	☐☐ - ☐☐☐ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Kod pocztowy miejscowość	Kod pocztowy miejscowość
Gmina |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Gmina |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	PESEL/REGON |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nr telefonu |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|	Nr telefonu |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|
Adres e-mail: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	Adres e-mail: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Data urodzenia	Nr członk. |_|_|_|_|_|_| ZWC |_|_|
Zawód	
Okres zatrudnienia od ..... do	**Sprawca**
Poszkodowany uległ wypadkowi w związku z wykonywaniem: pracy / w drodze do lub z pracy / w innych okolicznościach *	Nazwisko i imię |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
W chwili zdarzenia poszkodowany był / nie był * objęty ubezpieczeniem społecznym	Adres zam. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
W chwili zdarzenia poszkodowany był / nie był * zatrudniony, renta / emerytura	*ulica, nr domu, nr mieszkania*
Czy poszkodowany posiadał ubezpieczenie NNW TAK / NIE *. Jeśli tak, wskazać zakład ubezpieczeń	☐☐ - ☐☐☐ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Czy zgłoszono szkodę w pojeździe, jeśli tak to z jakiego ubezpieczenia ?	*Kod pocztowy miejscowość*
	Gmina |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
	PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
	Nr tel. |_|_|_||_|_|_|_|_|_|_| Wiek kierowcy |_|_|
	Adres e-mail: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Poszkodowany w chwili wypadku był: osobą poza pojazdem/pasażerem/kierowcą pojazdu* ..... *nr rej, pojazdu*	**Pojazd sprawcy**
	Numer rejestracyjny .....
	Marka, typ, model .....
	Kolor nadwozia .....
	Czy sprawca został ukarany, jak i przez kogo? ....
Czy poszkodowany w chwili zdarzenia był w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających TAK / NIE *	Czy sprawca w chwili zdarzenia był w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających TAK / NIE / NIE WIEM*

WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ

Inne osoby poszkodowane w zdarzeniu	Inne osoby uczestniczące w zdarzeniu
1. .... *Imię nazwisko*	1. .... *Imię nazwisko*
2. .... *Imię nazwisko*	2. .... *Imię nazwisko*
3. .... *Imię nazwisko*	3. .... *Imię nazwisko*
4. .... *Imię nazwisko*	4. .... *Imię nazwisko*

Świadkowie zdarzenia

1. Nazwisko i imię	2. Nazwisko i imię ....
Adres zamieszkania .... *ulica, nr domu, nr mieszkania*	Adres zamieszkania .... *ulica, nr domu, nr mieszkania*
Miejscowość	Miejscowość ....

Przyczyna powstania szkody

Przyczyna powstania szkody ....

Adres szkody

Adres |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__

ulica, nr domu, nr mieszkania

|__|__| - |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Gmina |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Kod pocztowy miejscowość

Opis zdarzenia

Dokładny opis przebiegu zdarzenia z wyszczególnieniem miejsca szkody, okoliczności zaistniałego wypadku, odniesionych obrażeń itp.:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Roszczenie

Roszczenie z tytułu szkody osobowej	Kwota roszczenia w zł
1.	....
2.	....
3.	....
4.	....
Łączna kwota roszczeń	....

Czy są szkody rzeczowe ? TAK / NIE * Jeśli tak, jakie ? ....

Zaistniałe zdarzenie zgłoszono następującym organom

1. Nazwa	3. Nazwa ....
Adres / Siedziba	Adres / Siedziba ....
Miejscowość	Miejscowość ....
2. Nazwa	4. Nazwa ....
Adres / Siedziba	Adres / Siedziba ....
Miejscowość	Miejscowość ....

WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ

Załączniki

Do niniejszego zgłoszenia szkody załączam:

1. ..... 4. .....
2. ..... 5. .....
3. ..... 6. .....

Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....	.....	.....
Miejscowość, data	*Podpis osoby zgłaszającej szkodę*	*Imię, nazwisko i podpis pracownika TUW „TUW" przyjmującego zgłoszenie szkody*

WYPEŁNIA POSZKODOWANY

Forma wypłaty odszkodowania

Przelewem na rachunek bankowy* Posiadacz rachunku Numer rachunku |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|	Gotówką w dowolnej placówce Banku PEKAO SA*

Oświadczenie poszkodowanego dotyczące pasów bezpieczeństwa

Oświadczam, że w chwili zaistnienia zgłoszonego zdarzenia miałem zapięte pasy bezpieczeństwa/nie miałem zapiętych pasów bezpieczeństwa*

.....	.....
Miejscowość, data	*Imię, nazwisko i podpis poszkodowanego*

Oświadczenie poszkodowanego

Ja, niżej podpisany/-a, oświadczam, że:

1. Nie zgłosiłem/-am powyższej szkody i roszczeń u innego ubezpieczyciela.
2. Nie otrzymałem/-am żadnego odszkodowania z powyższego tytułu od innego ubezpieczyciela, jak również od sprawcy zdarzenia.
3. Udzieliłem/-am zgodnie z prawdą wszystkich znanych mi informacji dotyczących szkody.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW" z siedzibą w Warszawie, ul. Raabego 13 moich danych osobowych zgromadzonych w związku ze zgłoszoną szkodą - w celu i zakresie niezbędnym do likwidacji tej szkody.

Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW" z siedzibą w Warszawie, ul. Raabego 13, jako administrator danych osobowych, informuje Panią/Pana, że:

- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu likwidacji szkody,
- dane mogą być udostępnianie przez Towarzystwo podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późniejszymi zmianami),
- przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do treści swoich danych i ich poprawiania zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres wskazany w niniejszym formularzu.

.....	.....
Miejscowość, data	*Imię, nazwisko i podpis poszkodowanego*

WYPEŁNIA LEKARZ / PLACÓWKA ZDROWIA LUB KSEROKOPIE POSIADANYCH DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH

Informacja o udzieleniu pierwszej pomocy

Data i godzina przyjęcia poszkodowanego do leczenia / badania * bezpośrednio po wypadku .....

Nazwa zakładu leczniczego .....

Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem:

.....

.....

.....

.....

Przewidywany okres leczenia .....

Przewidywany termin skierowania poszkodowanego na badania końcowe .....

.....	.....
Miejscowość, data	*Pieczęć i podpis lekarza bądź innej upoważnionej osoby udzielającej informacji*