

Numer szkody

NUMER SZKODY (NADANY PRZEZ TOWARZYSTWO)	
DATA PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA	GODZINA ZGL. (GG : MM)

ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ

z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

Dane dotyczące zdarzenia

DATA I GODZ. ZDARZENIA	(DD / MM / RRRR)	(GG : MM)	NUMER POLISY:	NUMER POLISY, Z KTÓREJ ZGŁASZANA JEST SZKODA
PRZYCZYNA POWSTANIA SZKODY:				
MIEJSCE ZDARZENIA: <small>(MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NUMER BUDYNKU, NUMER LOKALU LUB GMINA, NUMER DROGI, NAJBLIŻSZA MIEJSCOWOŚĆ)</small>				

Poszkodowany (dane kontaktowe, dodatkowe informacje)

CZY POSZKODOWANY PONIÓSŁ ŚMIERĆ W WYNIKU ZGŁASZANEJ SZKODY?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
IMIE NAZWISKO / NAZWA		PESEL / REGION	
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU NR LOKALU GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL	ROLA POSZKODOWANEGO (KIERUJĄCY, PASAZER, POZA POJAZDEM)	
ZAWÓD	OKRES ZATRUDNIENIA		
OKOLICZNOŚCI WYPADKU	<input type="checkbox"/> W DRODZE DO/Z PRACY/SZKOŁY/PRZEDSZKOŁA/ZAKŁADU OPIEKUŃCZEGO	<input type="checkbox"/> W CZASIE PRACY/NAUKI	
	<input type="checkbox"/> W ŻYCIU PRYWATNYM	<input type="checkbox"/> PODCZAS KIEROWANIA/WSIADANIA/WYSIADANIA Z POJAZDU	
	<input type="checkbox"/> PODCZAS REKREACYJNEGO/AMATORSKIEGO UPRAWIANIA SPORTÓW	<input type="checkbox"/> PODCZAS UPRAWIANIA SPORTU/UDZIAŁU W TRENINGACH SPORTOWYCH	
	<input type="checkbox"/> PODCZAS WAKACJI/KOLONII/OBOZÓW /ZIMOWISK/ZIELONEJ SZKOŁY	<input type="checkbox"/> CHOROBA-ZAWAŁ/UDAR	
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ POD WPLYWEM ALKOHOLU / ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ OBJĘTY UBEZPIECZENIEM SPOŁECZNYM?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
CZY POSZKODOWANY W CHWILI ZDARZENIA MIAŁ ZAPIĘTE PASY?		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM

Roszczący (dane kontaktowe; do wypełnienia jeśli roszczący jest inną osobą niż poszkodowany)

IMIE NAZWISKO / NAZWA		PESEL / REGION	
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU NR LOKALU GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL		

Zgłaszający (dane kontaktowe)

IMIE NAZWISKO / NAZWA		PESEL / REGION	
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU NR LOKALU GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL	ROLA ZGŁASZAJĄCEGO	

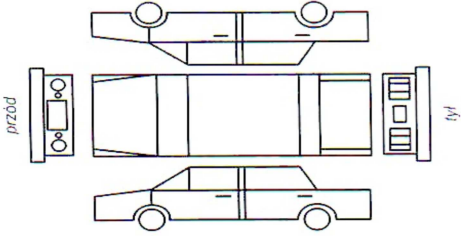
Właściciel pojazdu sprawcy (dane kontaktowe)

IMIE NAZWISKO / NAZWA		PESEL / REGION	
KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ	ULICA	NR BUDYNKU NR LOKALU GMINA
TELEFON	ADRES E-MAIL		

Kierujący pojazdem sprawcy (dane kontaktowe)

IMIĘ NAZWISKO _____		PESEL _____			
KOD POCZTOWY _____	MIEJSCOWOŚĆ _____	ULICA _____	NR BUDYNKU _____	NR LOKALU _____	GMINA _____
TELEFON _____		ADRES E-MAIL _____			
NR PRAWA JAZDY (5.) _____	KATEGORIA (9) _____	WYDANE PRZEZ (4c.) _____	DATA WYDANIA (4a.) _____		
CZY KIERUJĄCY POJAZDEM SPRAWCY W CHWILI ZDARZENIA BYŁ W STANIE PO SPOŻYCIU ALKOHOLU, ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH?:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM		
CZY KIERUJĄCY POJAZDEM SPRAWCY ZBIEGŁ Z MIEJSCA ZDARZENIA?:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM		
CZY KIERUJĄCY POJAZDEM SPRAWCY POSIADAŁ WAŻNE PRAWO JAZDY W DNIU ZDARZENIA?:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE WIEM		
SPOSÓB UKARANIA SPRAWCY?:	<input type="checkbox"/> BRAK	<input type="checkbox"/> MANDAT	<input type="checkbox"/> INNY: _____	JAKI _____	

Pojazd sprawcy, zakres uszkodzeń (prosimy o zaznaczenie znakiem X uszkodzonych części pojazdu)

	RODZAJ POJAZDU (NP. SAMOCHÓD OSOBOWY, CIĘŻAROWY) _____	KOLOR _____	
	NUMER REJESTRACYJNY [A] _____	NUMER NADWOZIA [E] _____	
	MARKA [D.1] _____	TYP [D.2] _____	
	MODEL [D.3] _____	DATA PIERWSZEJ REJESTRACJI [B] _____	POJEMNOŚĆ SILNIKA [P] _____
ROK PRODUKCJI _____	DATA WAŻNOŚCI BADANIA TECHNICZNEGO _____	PRZEZNACZENIE (PRYWATNE / ZAROBKOWE / MIESZANE) _____	
OPIS USZKODZEŃ _____ _____ _____ _____			

Opis zdarzenia i szkic

DOKŁADNY OPIS PRZEBIEGU ZDARZENIA W TYM: PRZYCZYNA WYPADKU, SYTUACJA NA DRODZE, PRĘDKOŚĆ POJAZDÓW, ZACHOWANIE SIĘ UCZESTNIKÓW WYPADKU, KTO UDZIELIŁ PIERWSZEJ POMOCY, HOLOWANIA ITP.:

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>SZKIC SYTUACYJNY</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---

Podmioty powiadomione o zaistniałym zdarzeniu

POLICJA: _____	NAZWA JEDNOSTKI _____				
KOD POCZTOWY _____	MIEJSCOWOŚĆ _____	ULICA _____	NR BUDYNKU _____	NR LOKALU _____	GMINA _____
TELEFON _____		ADRES E-MAIL _____			
KTO POWIADOMIŁ POLICJĘ _____			DATA I GODZINA POWIADOMIENIA _____		
STRAŻ POŻARNA: _____	NAZWA JEDNOSTKI _____				
KOD POCZTOWY _____	MIEJSCOWOŚĆ _____	ULICA _____	NR BUDYNKU _____	NR LOKALU _____	GMINA _____
TELEFON _____		ADRES E-MAIL _____			

Podmioty powiadomione o zaistniałym zdarzeniu

POGOTOWIE RATUNKOWE:

NAZWA JEDNOSTKI _____

KOD POCZTOWY _____

MIEJSCOWOŚĆ _____

ULICA _____

NR BUDYNKU _____

NR LOKALU _____

GMINA _____

TELEFON _____

ADRES E-MAIL _____

INNE:

NAZWA _____

KOD POCZTOWY _____

MIEJSCOWOŚĆ _____

ULICA _____

NR BUDYNKU _____

NR LOKALU _____

GMINA _____

TELEFON _____

ADRES E-MAIL _____

Warunki drogowe

RODZAJ NAWIERZCHNI: ASFALTOWA BETONOWA ŻWIROWA GRUNTOWA KOSTKA BRUKOWA INNE: _____

STAN NAWIERZCHNI: SUCHA MOKRA OBLODZONA INNE: _____

NASILENIE RUCHU: DUŻE ŚREDNIE MAŁE

PORA DNIA: ŚWIT DZIEŃ ZMIERZCH NOC

WARUNKI POGODOWE: DOBRE DESZCZ ŚNIEG MGŁA INNE: _____

WIDOCZNOŚĆ: DOBRA OGRANICZONA

Szkody poza pojazdem

CZY SĄ SZKODY RZECZOWE? TAK NIE

JEŻELI TAK, TO JAKIE? _____

CZY SĄ OSOBY RANNE? TAK NIE

CZY SĄ OFIARY ŚMIERTELNE? TAK NIE

Świadkowie zdarzenia – adres zamieszkania, dane kontaktowe

ŚWIADEK 1: IMIĘ NAZWISKO _____ PESEL _____

KOD POCZTOWY _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ ULICA _____ NR BUDYNKU _____ NR LOKALU _____ GMINA _____

TELEFON _____ ADRES E-MAIL _____

ŚWIADEK 2: IMIĘ NAZWISKO _____ PESEL _____

KOD POCZTOWY _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ ULICA _____ NR BUDYNKU _____ NR LOKALU _____ GMINA _____

TELEFON _____ ADRES E-MAIL _____

Pozostali uczestnicy zdarzenia

UCZESTNIK 1: IMIĘ NAZWISKO _____ PESEL _____

KOD POCZTOWY _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ ULICA _____ NR BUDYNKU _____ NR LOKALU _____ GMINA _____

TELEFON _____ ADRES E-MAIL _____ ROLA (KIERUJĄCY, PASAŻER, PIESZY, ROWERZYSTA, ITP.) _____

UCZESTNIK 2: IMIĘ NAZWISKO _____ PESEL _____

KOD POCZTOWY _____ MIEJSCOWOŚĆ _____ ULICA _____ NR BUDYNKU _____ NR LOKALU _____ GMINA _____

TELEFON _____ ADRES E-MAIL _____ ROLA (KIERUJĄCY, PASAŻER, PIESZY, ROWERZYSTA, ITP.) _____

Roszczenie

LP	TYP ROSZCZENIA	KWOTA ROSZCZENIA
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

ŁĄCZNA KWOTA ROSZCZEŃ: _____

Forma wypłaty odszkodowania - Wypełnia poszkodowany (właściciel pojazdu)

PRZELEWEM NA RACHUNEK BANKOWY

WŁAŚCICIEL RACHUNKU BANKOWEGO _____

NUMER RACHUNKU BANKOWEGO _____

GOTÓWKĄ W DOWOLNEJ PLACÓWCE BANKU PEKAO S.A.

Oświadczenia oraz podpis poszkodowanego

CZY POSZKODOWANY OTRZYMAŁ / UBIEGA SIĘ / BĘDZIE SIĘ UBIEGAŁ O ODSZKODOWANIE Z POWYŻSZEGO TYTUŁU OD INNEGO UBEZPIECZYCIELA LUB OD SPRAWCY ZDARZENIA? TAK NIE NIE WIEM

NAZWA PODMIOTU

PRZYJMUJE DO WIADOMOŚCI, ŻE:

- ADMINISTRATOREM DANYCH OSOBOWYCH JEST TUW „TUW” Z SIEDZIBĄ UL. H. RAABEGO 13, 02-793 WARSZAWA,
- W SPRAWACH ZWIĄZANYCH Z OCHRONĄ DANYCH OSOBOWYCH MOGĘ KONTAKTOWAĆ SIĘ Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA ADRES IOD@TUW.PL LUB PISEMNIEM NA ADRES SIEDZIBY ADMINISTRATORA,
- PODANE PRZEZE MNIE DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZETWARZANE W CELU ZAWARCIA I WYKONANIA UMOWY UBEZPIECZENIA NA PODSTAWIE ART. 6 UST. 1 LIT. B ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIEŹNIA 2016 R. W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPLYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46WE (OGÓLNE ROZPORZĄDZENIE O OCHRONIE DANYCH), ZWANEGO DALEJ „RODO” ORAZ ROZPATRYWANIA SKARG I REKLAMACJI NA PODSTAWIE ART. 6 UST. 1 LIT. C RODO; EWENTUALNIE DANE MOGĄ BYĆ PRZETWARZANE RÓWNIEŻ W CELU: DOCHODZENIA ROSZCZEŃ ZWIĄZANYCH Z ZAWARTĄ UMOWĄ UBEZPIECZENIA, PODEJMOWANIA CZYNNOŚCI W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM PRZESTĘPSTWOM UBEZPIECZENIOWYM, MARKETINGU BEZPOŚREDNIEGO PRODUKTÓW I USŁUG WŁASNYCH ADMINISTRATORA, W TYM W CELACH ANALITYCZNYCH – GDZIE PODSTAWĄ PRAWNĄ PRZETWARZANIA DANYCH JEST NIEZBĘDNOŚĆ PRZETWARZANIA DO REALIZACJI PRAWNIE UZASADNIONEGO INTERESU ADMINISTRATORA (ART. 6 UST. 1 LIT. F RODO); A TAKŻE W CELACH ARCHIWALNYCH – PODSTAWĄ PRAWNĄ PRZETWARZANIA DANYCH JEST KONIECZNOŚĆ WYPEŁNIENIA OBOWIĄZKU PRAWNEGO CIAŻĄCEGO NA ADMINISTRATORZE, WYNIKAJĄCEGO Z PRZEPISÓW (ART. 6 UST. 1 LIT. C RODO),
- ODBIORCAMI DANYCH OSOBOWYCH MOGĄ BYĆ INNE ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ I ZAKŁADY REASEKURACJI ORAZ ORGANY USTAWOWO UPOWAŻNIONE DO DOSTĘPU DO DANYCH W ZAKRESIE I CELU OKREŚLONYM W PRZEPISACH SZCZEGÓLNYCH (KNF, UFG ITD.). PONADTO DANE MOGĄ BYĆ PRZEKAZYWANE PODMIOTOM PRZETWARZAJĄCYM DANE OSOBOWE NA ZLECENIE ADMINISTRATORA, M.IN. W ZAKRESIE USTALENIA PRZYCZYNY, ROZMIARU SZKODY LUB NAJMU POJAZDU ZASTĘPCZEGO – PRZY CZYM TAKIE PODMIOTY PRZETWARZAJĄ DANE NA PODSTAWIE UMOWY Z ADMINISTRATOREM I WYŁĄCZNIE ZGODNIE Z POLECENIAMI ADMINISTRATORA,
- PODANE PRZEZE MNIE DANE OSOBOWE BĘDĄ PRZECHOWYWANE DO MOMENTU PRZEDAWNIEŃ ROSZCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA LUB DO MOMENTU WYGAŚNIĘCIA OBOWIĄZKU PRZECHOWYWANIA DANYCH, WYNIKAJĄCEGO Z PRZEPISÓW PRAWA POWSZECHNIE OBOWIĄZUJĄCEGO,
- POSIADAM PRAWO DOSTĘPU DO TREŚCI DANYCH ORAZ PRAWO ICH SPROSTOWANIA, USUNIĘCIA, OGRANICZENIA PRZETWARZANIA, PRAWO DO PRZENOSZENIA DANYCH, PRAWO WNIESIENIA SPRZECIWU, PRAWO DO COFNIĘCIA ZGODY W DOWOLNYM MOMENCIE BEZ WPŁYWU NA ZGODNOŚĆ Z PRAWEM PRZETWARZANIA, KTÓREGO DOKONANO NA PODSTAWIE ZGODY PRZED JEJ COFNIĘCIEM - JEZELI PRZETWARZANIE ODBYWA SIĘ NA PODSTAWIE ZGODY,
- MAM PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO PRZESASA URZĘDU OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH, GDY UZNAM, IŻ PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH NARUSZA PRZEPISY RODO,
- PODANIE PRZEZE MNIE DANYCH OSOBOWYCH JEST DOBROWOLNE, ALE KONIECZNE W CELU LIKWIDACJI SZKODY.

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE PRZEZ TUW „TUW” INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTOWEJ SZKODY W FORMIE TELEFONICZNEJ NA WSKAZANY W NINIEJSZYM FORMULARZU NUMER TELEFONU.

TAK NIE

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZESYŁANIE PRZEZ TUW „TUW” KORESPONDENCJI DOTYCZĄCEJ PRZEDMIOTOWEJ SZKODY ZA POŚREDNICTWEM POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA WSKAZANY W NINIEJSZYM FORMULARZU ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ.

TAK NIE

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

IMIE, NAZWISKO ORAZ PODPIS POSZKODOWANEGO

Załączniki

DO NINIEJSZEGO ZGŁOSZENIA SZKODY ZAŁĄCZAM:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Wypełnia pracownik TUW „TUW” przyjmujący osobiste zgłoszenie szkody

WŁASNORĘCZNOŚĆ PODPISU STWIERDZAM NA PODSTAWIE: _____

SERIA I NUMER

WYDANY PRZEZ

WYDANY W DNIU

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

IMIE, NAZWISKO ORAZ PODPIS PRACOWNIKA TUW „TUW”