



Załącznik nr .....

Nr szkody: .....

Symbol statystyczny:.....

**ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ\* / RZECZOWEJ\***  
**SPOWODOWANEJ RUCHEM POJAZDU MECHANICZNEGO**

Poszkodowany : .....  
/imię i nazwisko wraz z adresem/

.....  
/nr telefonu/ /data urodzenia/ /PESEL/ /nr dowodu osobistego/

Data wypadku : ..... miejsce wypadku .....  
/rok, miesiąc, dzień, godzina/

**Dane sprawcy wypadku (jeśli są znane):**

Numer rejestracyjny ....., rodzaj pojazdu ....., marka i typ .....

Imię i nazwisko/ nazwa, adres/ siedziba właściciela pojazdu .....

Seria i nr polisy OC ....., zakład ubezpieczeń .....

Rodzaj : OC krajowe\* / zielona karta\*/ ubezpieczenie graniczne\*.

Okres ubezpieczenia .....

**Kierujący:**

Imię i nazwisko, adres .....

Kierujący był dla właściciela pojazdu : osobą trzecią\* / pracownikiem\* / krewnym\*

Kierowcy nr i kat. prawa jazdy / świadectwa kwalifikacyjnego .....

Kierowca – sprawca był w chwili wypadku trzeźwy: TAK\* / NIE\* / NIE BADANO\* / NIE WIEM\*

**Poszkodowany:**

Poszkodowany był w chwili wypadku trzeźwy: TAK\* / NIE\*

Jeżeli poszkodowany w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy – podać nr i kat. prawa jazdy/ świadectwa kwalifikacyjnego .....

Przyczyna, okoliczności i przebieg wypadku (podać dokładnie i wyczerpująco) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Szkic :

Czy wypadek zgłoszono na policji ? .....

/jednostka, miejscowość, data zgłoszenia/

Świadczenie wypadku (imię, nazwisko, adres) : .....

Wyszczególnienie uszkodzonego mienia wraz ze szczegółową ich charakterystyką (wartość i rok nabycia)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Należne mi świadczenie proszę przelać na konto osobiste w Banku .....

nr .....

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz.883 ze zmianami) informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez TUZ Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą 02-690 Warszawa, ul. Bokserska 66 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania

.....  
/miejscowość, data i podpis osoby zgłaszającej szkodę/

.....  
/data, podpis i pieczęć imienna przedstawiciela Towarzystwa/

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - właściwe zaznaczyć znakiem "x"