

Zgłoszenie szkody komunikacyjnej

Numer szkody _____

Szkoda z polisy: OC AC

Numer polisy _____

Data i godzina zdarzenia _____

Liczba pojazdów biorących udział w zdarzeniu _____

Miejsce zdarzenia _____



Pojazd poszkodowany (w szkodzie AC - pojazd ubezpieczony)

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| Marka/model | | Nr rejestracyjny |
| Nr VIN | | Rok produkcji |
| Czy pojazd posiadał wcześniejsze nienaprawione przed szkodą uszkodzenia? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | | Proszę podać jakie uszkodzenia: |
| Miejsce postoj u uszkodzonego pojazdu: | | Przeznaczenie pojazdu: |



Dane zgłaszającego szkodę

| | | |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Imię i nazwisko/Nazwa | | PESEL/REGON |
| Adres zamieszkania/Siedziba | | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | |
| Telefon kontaktowy | E-mail | |



Właściciel pojazdu poszkodowanego (w szkodzie AC właściciel ubezpieczonego pojazdu)

| | | |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Imię i nazwisko/Nazwa | | PESEL/REGON |
| Adres zamieszkania/Siedziba | | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | |
| Telefon kontaktowy | E-mail | |



Dane użytkownika pojazdu

| | | |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Imię i nazwisko/Nazwa | | PESEL/REGON |
| Adres zamieszkania/Siedziba | | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | |
| Telefon kontaktowy | E-mail | |



Kierujący pojazdem poszkodowanym (proszę wypełnić, jeśli Kierujący w chwili zdarzenia nie był Właścicielem)

| | | |
|-----------------------------|-------------|-------|
| Imię i nazwisko/Nazwa | | PESEL |
| Adres zamieszkania/Siedziba | | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | |
| Telefon kontaktowy | E-mail | |



Drugi pojazd biorący udział w zdarzeniu

| | | |
|-------------|--|------------------|
| Marka/model | | Nr rejestracyjny |
| Nr VIN | | Rok produkcji |



Właściciel drugiego pojazdu

| | | |
|-----------------------------|-------------|-------------|
| Imię i nazwisko/Nazwa | | PESEL/REGON |
| Adres zamieszkania/Siedziba | | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | |
| Telefon kontaktowy | E-mail | |

**Kierujący drugim pojazdem (proszę wypełnić, jeśli Kierujący w chwili zdarzenia nie był Właścicielem)**

| | | |
|-----------------------------|-------------|-------|
| Imię i nazwisko/Nazwa | | PESEL |
| Adres zamieszkania/Siedziba | | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | |
| Telefon kontaktowy | E-mail | |

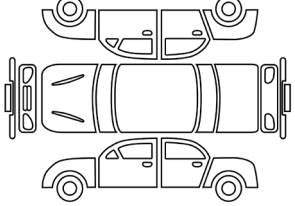
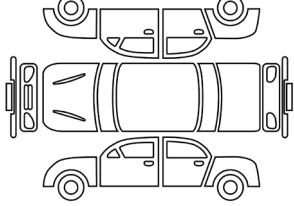
**VAT**

| | | | |
|---|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Czy pojazd poszkodowany wykorzystywany jest do prowadzenia działalności gospodarczej? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | |
| Czy właściciel pojazdu poszkodowanego ma możliwość odliczenia podatku VAT? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> NIE WIEM |
| Jeśli tak, to w jakiej wysokości? | <input type="checkbox"/> 100% | <input type="checkbox"/> 50% | Innej (jakiej?) |
| Czy właściciel pojazdu odliczył podatek VAT przy jego zakupie? | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> NIE WIEM |
| Jeśli tak, to w jakiej wysokości? | <input type="checkbox"/> 100% | <input type="checkbox"/> 50% | Innej (jakiej?) |

**Opis okoliczności zdarzenia****Szkic sytuacyjny**

| | |
|------------------|--------------|
| Przed zdarzeniem | Po zdarzeniu |
|------------------|--------------|

**Uszkodzenia pojazdów**

| | |
|--|--|
| Nr rejestracyjny:  | Nr rejestracyjny:  |
|--|--|

**Opis uszkodzeń**

| | |
|-------------------|-------------------|
| Nr rejestracyjny: | Nr rejestracyjny: |
|-------------------|-------------------|

**Informacja o innych uczestnikach:**

| | | |
|--|--|--|
| Ile osób oprócz kierującego znajdowało się w pojazdach w chwili zdarzenia? | W pojeździe poszkodowanym: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> | W pojeździe sprawcy: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> |
| Czy osoby jadące pojazdami miały zapięte pasy bezpieczeństwa? | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM <input type="checkbox"/> |

