

Nr szkody

Nr Polisy



DIRECT

więcej / niż standard

Zgłoszenie szkody komunikacyjnej

 AC

 OC

 KR

 UFG

1 Poszkodowany / Właściciel

Właściciel uszkodzonego pojazdu (Imię i nazwisko/Pelna nazwa firmy)				PESEL/REGON	
Adres	Ulica			Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	
Telefon		Fax		E-mail	

2 Kierujący pojazdem w chwili zdarzenia

Imię i nazwisko				PESEL	
Adres	Ulica			Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość		Kod pocztowy	Poczta	
Telefon		Fax		E-mail	
Prawo jazdy	Numer	Kategoria	Data wydania uprawnień	Data ważności uprawnień	
	Wydane przez				

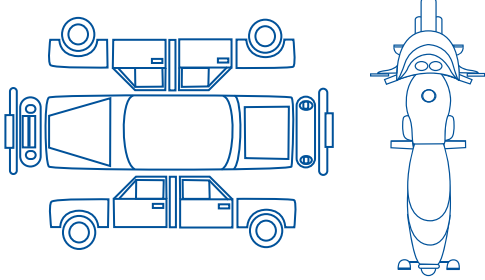
3 Dane uszkodzonego pojazdu

Marka	Nr rejestracyjny	Przebieg
Model	Nr VIN	Rok produkcji
Czy pojazd jest przedmiotem <input type="checkbox"/> kredytu <input type="checkbox"/> leasingu <input type="checkbox"/> współwłasności <input type="checkbox"/> innych Imię i nazwisko/Pelna nazwa, adres		Czy została dokonana cesja praw do odszkodowania? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Pelna nazwa, adres podmiotu, na który dokonano cesji
Przeznaczenie pojazdu:		
Dla potrzeb własnych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Do zarobkowego przewozu osób/towarów <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Czy przed szkodą pojazd miał nienaprawione uszkodzenia? Jeśli tak, to jakie? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
Miejsce postoju uszkodzonego pojazdu - adres		

4 Data i miejsce zdarzenia

Data		Godz.	
Miejscowość, ulica, odcinek drogi			
Czy pojazd był holowany? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Data holowania	Trasa holowania	

5 Wykaz uszkodzonych lub skradzionych elementów pojazdu

	Prosimy o zaznaczenie miejsca uszkodzeń
	

6 Dane zgłaszającego szkodę (jeśli zgłaszający to inna osoba niż właściciel lub kierowca)

Imię i nazwisko/Pełna nazwa firmy		PESEL/REGON	
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
Telefon	Fax	E-mail	

7 Powiadomienie policji

Czy o zdarzeniu powiadomiono policję? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Nr sprawy
Czy policja pojawiła się na miejscu zdarzenia? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	
Jednostka policji - nazwa i adres / Sąd, prokuratura - nazwa i adres	
Ukarany mandatem jeżeli tak, prosimy podać nr rej. pojazdu, którego kierowca został ukarany mandatem <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	

8 Drugi uczestnik zdarzenia / Właściciel

Imię i nazwisko/Pełna nazwa firmy		PESEL/REGON	
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
Telefon	Fax	E-mail	

9 Dane drugiego pojazdu uczestniczącego w zdarzeniu

Marka	Nr rejestracyjny
Model	Kolor
Polisa OC - seria i numer	Polisa OC - zawarta w (nazwa towarzystwa)

10 Kierujący drugim pojazdem w chwili zdarzenia (jeśli kierujący jest inną osobą niż właściciel)

Imię i nazwisko/Pełna nazwa firmy			PESEL/REGON		
Adres	Ulica		Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość		Kod pocztowy	Pocztą	
	Telefon		Fax		E-mail

11 Wykaz uszkodzonych elementów w pojeździe drugiego uczestnika

	Prosimy o zaznaczenie miejsca uszkodzeń
	

12 Opis i okoliczności zdarzenia

Przyczyna	
Nawierzchnia	Natężenie ruchu
Pogoda/widoczność	Teren zabudowany <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Opis szczegółowy (dokładny opis wydarzeń, przybliżona prędkość pojazdów uczestniczących w zdarzeniu)	

SZKIC SYTUACYJNY

A. Przed kolizją (usytuowanie pojazdów, schemat drogi, znaki drogowe; w przypadku kradzieży - miejsce postoju, nazwa budynku, okoliczne obiekty)	B. W czasie kolizji (usytuowanie pojazdów, schemat drogi, znaki drogowe)	C. Po kolizji (usytuowanie pojazdów, schemat drogi, znaki drogowe)

LEGENDA: A pojazd nr rejestracyjny B pojazd nr rejestracyjny C pojazd nr rejestracyjny kierunek jazdy

13 Informacje dodatkowe z miejsca zdarzenia

Szkody materialne poza pojazdem Jakie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM		
Ranni Imię i nazwisko	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM		
Śmierć (jako skutek zdarzenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM	Karetka (obecna na miejscu zdarzenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM
		Straż pożarna (obecna na miejscu zdarzenia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE WIEM

14 Świadkowie zdarzenia

Imię i nazwisko	Adres	Telefon
Imię i nazwisko	Adres	Telefon

15 Oświadczenia kierującego

1. Oświadczam, że prowadząc pojazd w chwili zdarzenia:

» nie znajdowałem(-am) się pod wpływem alkoholu lub podobnie działających środków

» znajdowałem(-am) się pod wpływem alkoholu lub podobnie działających środków

16 Oświadczenia właściciela

1. Oświadczam, że kierując pojazdem w momencie zdarzenia użytkowałem go za wiedzą i zgodą właściciela. TAK NIE

2. Oświadczam, że z tytułu zgłoszonej szkody nie otrzymałem(-am) odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń, jak również nie czynię starań, aby takie odszkodowanie uzyskać. TAK NIE

3. Oświadczam, że z tytułu zgłoszonej szkody nie otrzymałem(-am) odszkodowania od drugiego uczestnika zdarzenia. TAK NIE

4. Oświadczam, że gdyby dochodzenie prowadzone przez AXA DIRECT wykazało, że zachodzą okoliczności wyłączające odpowiedzialność Ubezpieczyciela za przedmiotową szkodę lub nie potwierdziło podanych okoliczności lub rozmiaru szkody, zobowiązuję się zwrócić wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od daty wezwania. TAK NIE

5. Oświadczam, że uszkodzony pojazd był ubezpieczony w zakresie AC tylko w jednym zakładzie ubezpieczeń (dotyczy wyłącznie szkód z AC). TAK NIE

6. Oświadczam, że jestem podatnikiem VAT, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. TAK NIE

7. Oświadczam, że pojazd stanowi środek trwały firmy. TAK NIE

8. Oświadczam, że podczas zakupu pojazdu został odliczony podatek VAT. TAK NIE

17 Forma wypłaty odszkodowania (osoba uprawniona)

<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy	Imię i nazwisko / Adres
<input type="checkbox"/> Przelew bankowy	
Nr rachunku	

18 Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zameldowania)

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta

Czy wyrażasz zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych i statystycznych przez AXA DIRECT? TAK NIE

Czy wyrażasz zgodę na otrzymywanie od AXA DIRECT informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej? TAK NIE

19 Zgłaszający udzielił powyższych informacji zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy

Miejscowość	Podpis zgłaszającego	Podpis kierującego	Podpis właściciela
Data	Dowód tożsamości (rodzaj, seria i numer)	Dowód tożsamości (rodzaj, seria i numer)	Dowód tożsamości (rodzaj, seria i numer)
Potwierdzenie autentyczności podpisu (podpis i pieczęć przyjmującego zgłoszenie)			