



Zgłoszenie Szkody Komunikacyjnej

Nr szkody: Oddział w

OC:
Nr polisy sprawcy OC:
Nr zielonej karty
(dotyczy szkód angażujących ZK zagranicznych zakładów ubezpieczeniowych)
Adres i dane wystawcy zielonej karty

AC:
AC:
Okres ubezpieczenia od od
Suma ubezpieczenia

Generali T.U. S.A., ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa, Centrum Klienta tel.: 0 801 343 343, (0 prefix 22) 543 05 43

Data szkody Godzina :
Dzień Miesiąc Rok

Miejsce szkody (kraj, miejscowość, ulica, nr drogi)

Czy o szkodzie powiadomiono policję? Tak NieNazwa i adres jednostki policyjnej
Czy szkoda została zgłoszona w innym T.U.? (jakim?)

Proszę wypełnić wniosek dużymi drukowanymi literami; każda zmiana powinna zostać potwierdzona podpisem przez zgłaszającego.
Wszelkie informacje zawarte w tym wniosku traktowane są jako poufne.

1.1. Dane dotyczące poszkodowanego

Zgłoszenia szkody dokonuje:
 ubezpieczający właściciel pojazdu użytkownik pojazdu kierujący pojazdem inny

Imię i nazwisko właściciela pojazdu / nazwa firmy
Adres i numer telefonu

PESEL/NIP/REGON

Imię i nazwisko kierującego pojazdem
Adres i numer telefonu

1.2. Dane dotyczące pojazdu

Marka, model, typ Numer rejestracyjny

Numer nadwozia Rok produkcji / Rok złożenia Data zakupu pojazdu

Numer silnika Data ważności badania technicznego

Barwa nadwozia / Rodzaj lakieru Data pierwszej rejestracji

Przebieg pojazdu wg licznika

Czy poszkodowany jest pierwszym właścicielem pojazdu? Tak Nie
Czy pojazd został sprowadzony z zagranicy (import prywatny)? Tak Nie
Czy pojazd posiadał przed kolizją nienaprawione uszkodzenia? Tak Nie

Jakie?

Aktualne miejsce postoju pojazdu do czasu oględzin (miejscowość, ulica, telefon)

1.3. Wykorzystanie pojazdu:	<input type="checkbox"/> do własnych potrzeb <input type="checkbox"/> dla potrzeb prowadzonej działalności gospodarczej Zastaw na pojeździe <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Tak: <input type="text"/> Cesja na polisie AC <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Tak: <input type="text"/> Leasing <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Tak: <input type="text"/> Współwłasność <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Tak: <input type="text"/>
2.1. Dane drugiego uczestnika zdarzenia	Imie i nazwisko właściciela pojazdu / nazwa firmy <input type="text"/> Adres i numer telefonu <input type="text"/> Imie i nazwisko kierującego pojazdem <input type="text"/> Adres i numer telefonu <input type="text"/>
2.2. Dane pojazdu	Marka <input type="text"/> Model <input type="text"/> Typ <input type="text"/> Nr rejestracyjny <input type="text"/> Nr polisy OC <input type="text"/> Nazwa i adres zakładu ubezpieczeń <input type="text"/> Właściciel / kierowca drugiego pojazdu jest dla zgłaszającego osobą: <input type="checkbox"/> Obcą <input type="checkbox"/> Znajomą <input type="checkbox"/> Rodziną Rodzaj pokrewieństwa: <input type="text"/>
3.1. Dodatkowe informacje na temat szkody	Inne pojazdy / osoby uczestniczące w wypadku / kolizji (proszę podać w miarę możliwości ilość pojazdów, marki, nr rej., oraz właścicieli) <input type="text"/> <input type="text"/> Dane świadków wypadku / kolizji (proszę podać jak najdokładniejsze dane tj. imię, nazwisko, adres zamieszkania) <input type="text"/> <input type="text"/>
3.2. Szkody poza pojazdem	Czego dotyczy, charakter uszkodzeń <input type="text"/> <input type="text"/>
3.3. Szkic sytuacyjny	Szkic sytuacyjny (z zaznaczeniem ustawienia pojazdów) <input type="text"/>

3.4.
Dokładny opis
wypadku / kolizji

Przyczyny okoliczności, przebieg, warunki drogowe

Stan i rodzaj nawierzchni: sucha mokra oblodzona zaśnieżona asfalt beton kostka
piach inna

Widoczność: dobra ograniczona ciemno

Warunki pogodowe: deszcz śnieg słońce

inne

Nasilenie ruchu: duże małe średnie

Kto według Pani / Pana ponosi odpowiedzialność za wypadek kolizję - dlaczego?

Ilość osób w pojeździe w chwili wypadku

Prędkość pojazdu Poszkodowanego

Prędkość pojazdu Sprawcy

Kto wezwał Policję

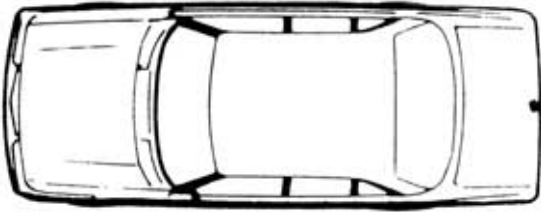
Kto udzielił pierwszej pomocy

Czy pojazd był holowany Tak Nie

Nazwa i adres holownika

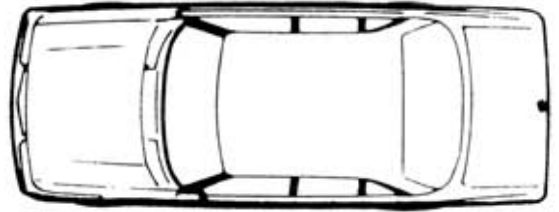
3.5.
Zakres
uszkodzeń
pojazdów
uczestniczących
w wypadku /
kolizji

Pojazd zgłaszającego szkodę
(proszę zaznaczyć strefę uszkodzeń)



Proszę wymienić uszkodzone części pojazdu

Pojazd drugiego uczestnika zdarzenia
(proszę zaznaczyć strefę uszkodzeń)



Proszę wymienić uszkodzone części pojazdu

4.1. Miejsce i okoliczności kradzieży pojazdu lub jego wyposażenia (dotyczy szkód kradzieżowych)	Zabezpieczenia pojazdu Autoalarm Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Marka: <input type="text"/> Immobilizer Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Fabryczny / Inny: <input type="text"/> Blokada skrzyni biegów Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Marka: <input type="text"/> Oznakowanie / inne Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Inne - jakie: <input type="text"/> Proszę podać skradzione przedmioty i okoliczności zdarzenia / kradzieży: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Proszę podać świadków kradzieży: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Oświadczam, iż jest to (która) <input type="checkbox"/> szkoda zgłoszona w okresie trwania umowy ubezpieczenia AC
4.2. Załączniki do szkody (dotyczy szkód kradzieżowych)	<input type="checkbox"/> - dowód rejestracyjny <input type="checkbox"/> - komplet kluczyków pojazdu <input type="checkbox"/> - wł./wyt. immobilizera („pestka“) <input type="checkbox"/> - karta pojazdu <input type="checkbox"/> - 2 komplety kluczyków pojazdu <input type="checkbox"/> - dowód odprawy celnej <input type="checkbox"/> - faktura zakupu (oryginał) <input type="checkbox"/> - pilot alarmu <input type="checkbox"/> - dokumenty (oryginalne) inst. gazowej <input type="checkbox"/> - polisa AC (oryginał) <input type="checkbox"/> - 2 piloty alarmu <input type="checkbox"/> - inne <input type="text"/>
4.3 Dodatkowe uwagi lub informacje dotyczące szkody nieujęte w formularzu (wypełnia zgłaszający szkodę)	<input type="text"/> Ewentualne odszkodowanie proszę: <input type="checkbox"/> przesłać na adres <input type="text"/> <input type="checkbox"/> przelać na konto <input type="text"/>
	Oświadczam, że otrzymałem/am „wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia odszkodowania” Data: <input type="text"/> Podpis: <input type="text"/> Oświadczam, że w chwili wypadku/kolizji byłem/am trzeźwy/a i nie byłem/am pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających. W przypadku stwierdzenia przez Generali T.U. S.A niezgodności z powyższym oświadczeniem oraz w przypadku podania nieprawdziwych danych lub nieprawdziwych okoliczności szkody, zobowiązuję się do zwrotu wypłaconego przez Generali T.U. S.A odszkodowania oraz kosztu likwidacji szkody w terminie 7 dni od daty otrzymania stosownego zawiadomienia. Czytelny podpis kierowcy pojazdu: <input type="text"/> Miejscowość i data: <input type="text"/> Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń oraz konsekwencji z tego wynikających, oświadczam, że : 1. nie zgłosiłem/am powyższej szkody i roszczeń u innego Ubezpieczyciela krajowego lub zagranicznego lub innej firmy zajmującej się likwidacją szkód 2. nie otrzymałem/am żadnego odszkodowania z powyższego tytułu od Ubezpieczyciela krajowego lub zagranicznego, jak również od sprawcy wypadku/kolizji 3. udzieliłem/am zgodnie z prawdą, wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody 4. upoważniam Generali T.U. S.A. do wglądu we wszelką powstałą dokumentację dotyczącą w/w szkody dostępną policji i systemowi sądowniczemu oraz sporządzania z niej niezbędnych odpisów Miejscowość i data <input type="text"/> Czytelny podpis kierowcy/właściciela pojazdu <input type="text"/> Data i czytelny podpis przyjmującego szkodę <input type="text"/>