

# FORMULARZ SZKODY (MAJĄTKOWEJ I/LUB\* OSOBOWEJ\*) OC AC NNW



<b>1</b> Data zdarzenia	<b>2</b> Godzina	<b>3</b> Miejsce zdarzenia (kraj)	<b>4</b> Miasto, droga/ulica	<b>5</b> Numer szkody (wypełnia Liberty)
<b>7</b> Uszkodzenia materialne (inne niż pojazdów)			<b>8</b> Świadkowie: imię i nazwisko, adres, telefon	<b>9</b> Czy podczas kolizji zostały poszkodowane osoby (obrażenia ciała)? Tak <input type="checkbox"/> (ile osób?) ..... Nie <input type="checkbox"/>
<b>10</b> Ile pojazdów brało udział w zdarzeniu? .....				

Uczestnik 1 Pojazd A i/lub obiekt	Poniżej zaznacz pola odpowiadające okolicznościom zdarzenia	Uczestnik 2 Pojazd B i/lub obiekt																																																												
<b>11</b> Nr rejestracyjny ..... Marka ..... Model ..... Vin ..... Rok produkcji ..... Przebieg .....	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #f08080;">A</th> <th style="background-color: #f08080;">POJAZDY</th> <th style="background-color: #f08080;">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">↓</td> <td></td> <td style="text-align: center;">↓</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Zaparkowany/ Zatrzymany*</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Ruszał z miejsca/Otwierał drzwi*</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>W trakcie parkowania</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Wyjeżdżał z parkingu, terenu prywatnego, drogi nieutwardzonej</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę nieutwardzoną</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Włączał się do ruchu okrężnego</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Poruszał się w ruchu okrężnym</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Zmieniał pas ruchu</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Wyprzedzał</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Skręcał w prawo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Skręcał w lewo</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cofał/Zawracał*</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Jechał pasem ruchu przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Na skrzyżowaniu nadjechał z prawej strony</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nie udzielił pierwszeństwa przejazdu /Jechał na czerwonym świetle</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">←    Podaj liczbę odpowiedzi zaznaczonych krzyżykiem    →</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	A	POJAZDY	B	↓		↓	<input type="checkbox"/>	Zaparkowany/ Zatrzymany*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ruszał z miejsca/Otwierał drzwi*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	W trakcie parkowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wyjeżdżał z parkingu, terenu prywatnego, drogi nieutwardzonej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę nieutwardzoną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Włączał się do ruchu okrężnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poruszał się w ruchu okrężnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zmieniał pas ruchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wyprzedzał	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skręcał w prawo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skręcał w lewo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cofał/Zawracał*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jechał pasem ruchu przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Na skrzyżowaniu nadjechał z prawej strony	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nie udzielił pierwszeństwa przejazdu /Jechał na czerwonym świetle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	←    Podaj liczbę odpowiedzi zaznaczonych krzyżykiem    →	<input type="checkbox"/>	<b>11</b> Nr rejestracyjny ..... Marka ..... Model ..... Vin ..... Rok produkcji ..... Przebieg .....
A	POJAZDY	B																																																												
↓		↓																																																												
<input type="checkbox"/>	Zaparkowany/ Zatrzymany*	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Ruszał z miejsca/Otwierał drzwi*	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	W trakcie parkowania	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Wyjeżdżał z parkingu, terenu prywatnego, drogi nieutwardzonej	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę nieutwardzoną	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Włączał się do ruchu okrężnego	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Poruszał się w ruchu okrężnym	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Zmieniał pas ruchu	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Wyprzedzał	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Skręcał w prawo	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Skręcał w lewo	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Cofał/Zawracał*	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Jechał pasem ruchu przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Na skrzyżowaniu nadjechał z prawej strony	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	Nie udzielił pierwszeństwa przejazdu /Jechał na czerwonym świetle	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/>	←    Podaj liczbę odpowiedzi zaznaczonych krzyżykiem    →	<input type="checkbox"/>																																																												
Uszkodzone mienie (np. znaki drogowe, bariery ochronne, latarnie itp.)		Uszkodzone mienie (np. znaki drogowe, bariery ochronne, latarnie itp.)																																																												
<b>12</b> Rodzaj obiektu..... Numer obiektu.....		<b>12</b> Rodzaj obiektu..... Numer obiektu.....																																																												
Właściciel pojazdu		Właściciel pojazdu																																																												
<b>13</b> Imię i nazwisko/Firma* ..... PESEL/Regon* ..... Adres ..... ..... Telefon stacjonarny ..... Telefon komórkowy ..... E-mail .....		<b>13</b> Imię i nazwisko/Firma* ..... PESEL/Regon* ..... Adres ..... ..... Telefon stacjonarny ..... Telefon komórkowy ..... E-mail .....																																																												
Współwłaściciel pojazdu		Współwłaściciel pojazdu																																																												
<b>14</b> Imię i nazwisko/Firma* ..... PESEL/Regon* ..... Adres ..... ..... Telefon stacjonarny ..... Telefon komórkowy ..... E-mail .....		<b>14</b> Imię i nazwisko/Firma* ..... PESEL/Regon* ..... Adres ..... ..... Telefon stacjonarny ..... Telefon komórkowy ..... E-mail .....																																																												
Kierujący pojazdem w chwili zdarzenia		Kierujący pojazdem w chwili zdarzenia																																																												
<b>15</b> Imię i nazwisko/Firma* ..... PESEL/Regon* ..... Adres ..... ..... Telefon stacjonarny ..... Telefon komórkowy ..... E-mail .....		<b>15</b> Imię i nazwisko/Firma* ..... PESEL/Regon* ..... Adres ..... ..... Telefon stacjonarny ..... Telefon komórkowy ..... E-mail .....																																																												
<b>16</b> Nazwa i adres ubezpieczyciela ..... ..... Numer polisy OC .....		<b>16</b> Nazwa i adres ubezpieczyciela ..... ..... Numer polisy OC .....																																																												
<b>17</b> <b>Opis zdarzenia</b> <b>17</b> <i>(prosimy uwzględnić położenie pojazdów, kierunek ruchu pojazdów, położenie znaków drogowych pionowych i poziomych etc. .)</i>																																																														

--	--	--

18 Proszę zaznaczyć widoczne uszkodzenia pojazdu



19 **SZKIC SYTUACYJNY Z MIEJSCA ZDARZENIA**  
(prosimy zaznaczyć położenie pojazdów, przed, w trakcie i po zdarzeniu, kierunek ruchu pojazdów, znaków drogowych etc. )

18 Proszę zaznaczyć widoczne uszkodzenia pojazdu

20 Opis uszkodzeń

Grid for describing damage.

20 Opis uszkodzeń

21 **INNE POJAZDY/OBIEKTY (POZA WYMIENIONYMI POWYŻEJ)**  
W przypadku uszkodzonego pojazdu podaj: markę, model, numer rej., imię i nazwisko właściciela, telefon, nazwę ubezpieczyciela i numer polisy OC, w przypadku uszkodzonego obiektu podaj; numer seryjny/fabryczny obiektu, jego lokalizację, nazwę adres i telefon do właściciela.

22 Miejsce oględzin uszkodzonego pojazdu (adres, telefon):

23 Pojazd/Obiekt\* C

24 Pojazd/Obiekt\* D

25 Czy zdarzenie zostało zgłoszone na policji? (jednostka, adres).....  tak  nie

26 Czy na miejsce zdarzenia zostało wezwane pogotowie? (jednostka, adres).....  tak  nie

27 Czy sprawa została skierowana do sądu? (jednostka, adres).....  tak  nie

28 Czy na miejscu kolizji zostało podpisane wspólne oświadczenie o zdarzeniu drogowym? (prosimy o przesłanie oryginału do Liberty)  tak  nie

29 Pojazd jest wykorzystywany do celów: a) zarobkowych  b) prywatnych

30 Czy właściciel pojazdu ma możliwość odliczenia podatku VAT?  tak  nie

31 Proszę zaznaczyć jeżeli pojazd jest: w kredycie  w leasingu  inne (jakie?).....

32 Proszę określić sposób odbioru odszkodowania. a) konto bankowe właściciela/li pojazdu  b) konto bankowe upoważnionego podmiotu/warsztat\*  c) przekaz pocztowy  d) nie wiem

33 Numer konta (właściciela/warsztatu/inne\* (jakie?)) .....

**INFORMACJA O OSOBACH, KTÓRE DOZNAŁY OBRAŻEŃ CIAŁA. OFIARY WYPADKU. (wypełnij, jeżeli zostały poszkodowane osoby).**

34 **OSOBA 1**  
Imię .....  
Nazwisko .....  
Adres .....  
PESEL .....  
Telefon/E-mail .....  
Wiek .....  
Stan cywilny .....  
Zawód .....

35 **OSOBA 2**  
Imię .....  
Nazwisko .....  
Adres .....  
PESEL .....  
Telefon/E-mail .....  
Wiek .....  
Stan cywilny .....  
Zawód .....

36 **OSOBA 3**  
Imię .....  
Nazwisko .....  
Adres .....  
PESEL .....  
Telefon/E-mail .....  
Wiek .....  
Stan cywilny .....  
Zawód .....

37 Poszkodowany podczas kolizji był:  
 Pasażerem/kierowcą\* pojazdu ubezpieczonego w Liberty (pojazd A,B,C,D)\*  
 Pasażerem/kierowcą\* pojazdu uszkodzonego przez właściciela polisy w Liberty (pojazd A,B,C,D)\*  
 Pieszym

38 Poszkodowany podczas kolizji był:  
 Pasażerem/kierowcą\* pojazdu ubezpieczonego w Liberty (pojazd A,B,C,D)\*  
 Pasażerem/kierowcą\* pojazdu uszkodzonego przez właściciela polisy w Liberty (pojazd A,B,C,D)\*  
 Pieszym

39 Poszkodowany podczas kolizji był:  
 Pasażerem/kierowcą\* pojazdu ubezpieczonego w Liberty (pojazd A,B,C,D)\*  
 Pasażerem/kierowcą\* pojazdu uszkodzonego przez właściciela polisy w Liberty (pojazd A,B,C,D)\*  
 Pieszym

40 Opis obrażeń

41 Opis obrażeń

42 Opis obrażeń

43 Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Liberty de Seguros y Reaseguros S.A. Oddział w Polsce w celu wywiązania się z zawartą umowę ubezpieczenia zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r., nr101, poz. 926 z późn. zm.)  tak  nie  
Administratorem danych osobowych jest Liberty Compania de Seguros y Reaseguros S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Siennej 3. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści danych oraz ich poprawiania. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne.

44 „Upoważniam lekarzy oraz placówki służby zdrowia do udzielania pełnej informacji o moim stanie zdrowia, a Liberty Seguros Compania de Seguros y Reaseguros S.A. Oddział w Polsce do zasięgnięcia informacji medycznych dotyczących mojego fizycznego i psychicznego stanu zdrowia, u każdego lekarza, u którego zasięgałem/am porady lub przez którego byłem/am badany/na lub leczony/na.”  tak  nie.”