

Numer szkody: _____ Typ szkody: _____

Numer polisy: _____

Okres ubezpieczenia: _____ - _____



Zgłoszenie szkody osobowej i/lub rzeczowej w mieniu osobistym

Proszę uzupełnić brakujące dane, podpisać formularz i w załączonej kopercie wysłać na nasz adres: Aviva, Skr. pocztowa nr 11, 00-800 Warszawa 66. Jeśli wypełnione dane są nieprawidłowe, proszę skreślić błędy i wpisać poprawnie.

Czas i miejsce	Data: _____ Godzina: _____
	Miejsce: _____

Zgłaszający/a szkodę	Szkodę zgłosił/a: Poszkodowany/a <input type="checkbox"/> Sprawca <input type="checkbox"/> Osoba trzecia <input type="checkbox"/>
	Imię i nazwisko: _____
	Miejsce zamieszkania: _____

Poszkodowany/a	Imię i nazwisko: _____
	Adres zamieszkania: _____
	Adres do korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania) _____
	Telefon: _____ E-mail: _____
	PESEL/NIP: _____ Seria i nr dowodu osobistego: _____

Drugi uczestnik/sprawca	Imię i nazwisko właściciela pojazdu: _____
	Miejsce zamieszkania: _____
	Telefon: _____
	Imię i nazwisko kierującego pojazdem: _____
	Miejsce zamieszkania: _____
Telefon: _____	

Pojazd drugiego uczestnika/sprawcy	Marka, model: _____ Ubezpieczony w zakresie OC
	Nr rejestracyjny: _____ w _____
	Kolor: _____ Nr polisy: _____

Opis zdarzenia	Opis podany podczas zgłoszenia szkody: -
	Czy opis jest poprawny? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Jeśli NIE, proszę zamieścić poprawny opis:

Szkoda osobowa	Obrażenia ciała odniesione w wyniku zdarzenia: _____		
	Prowadzone leczenie:		
	Czy nastąpiło leczenie szpitalne?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	Czy nastąpiło leczenie ambulatoryjne?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	Czy konieczna była rehabilitacja?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	Jak długo trwało leczenie?: _____		
Czy w chwili zgłoszenia szkody leczenie zostało zakończone?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
Kwota roszczenia: _____			

Mienie poszkodowanego (nie dotyczy uszkodzeń pojazdu)	Mienie, które uległo uszkodzeniu: _____		
	Czy w wymienionym mieniu występowały wcześniej uszkodzenia?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK, to jakie? _____		
	Czy mienie zostało już naprawione?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli TAK, to które? _____			

Dodatkowe informacje	Czy na miejsce zdarzenia wezwano policję?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>		
	Jeśli TAK, proszę podać nazwę i adres jednostki: _____				
	Czy któryś z uczestników został ukarany mandatem?	NIE <input type="checkbox"/>	Trwa dochodzenie <input type="checkbox"/>	Drugi uczestnik <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Jeśli trwa dochodzenie, prosimy o podanie nazwy i adresu instytucji je prowadzącej: _____				
	Czy w zdarzeniu byli ranni?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>	Liczba rannych: _____	
	Czy na miejsce zdarzenia wezwano pogotowie ratunkowe?	NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/>		
Jeśli TAK, proszę podać nazwę i adres szpitala, do którego zostali zabrani ranni: _____					

Świadkowie	Imię i nazwisko: _____
	Miejsce zamieszkania: _____
	Telefon: _____
	Imię i nazwisko: _____
	Miejsce zamieszkania: _____
Telefon: _____	

Forma wypłaty odszkodowania	Beneficjent/uprawniony do odbioru odszkodowania:
	Imię i nazwisko: _____
	Miejsce zamieszkania: _____
	Telefon: _____
	Odszkodowanie proszę wypłacić: przelewem na rachunek bankowy <input type="checkbox"/> przekazem pocztowym <input type="checkbox"/> , adres jak wyżej
	Nazwa banku: _____
Nr rachunku: _____	

Dodatki uwagi	_____

Postanowienia końcowe	Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że: 1. Udzieliłem /am zgodnie z prawdą, wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody. 2. W związku ze szkodą osobową zaistniałą w dniu , w wyniku której toczy się postępowanie o wypłatę świadczenia/odszkodowania, wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA w zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy informacji dotyczących mojego stanu zdrowia oraz weryfikacji podanych przeze mnie danych, informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, jak również do udzielania w takim zakresie informacji na mój temat innym zakładom ubezpieczeń. Powyższe oświadczenie składam w związku z dyspozycją art. 22 ust. 3 i 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności i ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151), art. 18 ust.3 pkt.8 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. O zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408, z późn. zm.), art. 27 ust 2 pkt.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.).
	Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 70, 00 – 838 Warszawa oraz na przekazywanie ich podmiotom współpracującym z Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA w celu i zakresie niezbędnym do likwidacji zgłoszonej szkody. Jednocześnie informujemy o prawie wglądu do swoich danych i ich poprawiania. Podawanie powyższych danych jest obligatoryjne wyłącznie wobec faktu ubiegania się o odszkodowanie z umowy ubezpieczenia.
Data: _____ Czytelny podpis: _____	