.....
pieczęć jednostki TUW „TUW”

ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ

z obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

* niepotrzebne skreślić

NR SZKODY ___ / ___ / ___ / ___

WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ

Nazwisko i imię osoby zgłaszającej

Data godzina zgłoszenia szkody __ - __ - ____ __ : __ *Dzień, miesiąc, rok godzina miejscowość*

Symbol i numer polisy, z której zgłaszana jest szkoda OC | Suma gwarancyjna.....

Data i godzina zdarzenia __ - __ - ____ __ : __ *Dzień, miesiąc, rok godzina miejscowość*

Poszkodowany

Nazwisko i imię

Adres zamieszkania

ulica, nr domu, nr mieszkania

__ - ___ *Kod pocztowy Miejscowość*

Gmina

PESEL/REGON

NIP

URZĄD SKARBOWY

Nr telefonu

Data urodzenia .....

Zawód .....

Okres zatrudnienia od ..... do .....

Poszkodowany uległ wypadkowi w związku z wykonywaniem: pracy / w drodze do lub z pracy / w innych okolicznościach *

W chwili zdarzenia poszkodowany był / nie był * objęty ubezpieczeniem społecznym

W chwili zdarzenia poszkodowany był / nie był * zatrudniony, renta / emerytura

Czy poszkodowany posiadał ubezpieczenie NNW TAK / NIE *. Jeśli tak, wskazać zakład ubezpieczeń

.....

Czy zgłoszono szkodę w pojeździe, jeśli tak to z jakiego ubezpieczenia ? .....

Poszkodowany w chwili wypadku był:
osobą poza pojazdem*
pasażerem / kierowcą pojazdu*.....
nr rejestracyjny

Czy poszkodowany w chwili zdarzenia był w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających TAK / NIE *

Ubezpieczający (Posiadacz pojazdu)

Nazwisko i imię / Nazwa

Adres zamieszkania / Siedziba

ulica, nr domu, nr mieszkania

__ - ___ *Kod pocztowy Miejscowość*

Gmina

PESEL/REGON

NIP

Nr telefonu

Nr członk. ZWC

Sprawca

Nazwisko i imię

Adres zam.

ulica, nr domu, nr mieszkania

__ - ___ *Kod pocztowy miejscowość*

Gmina

Nr tel. Wiek kierowcy

Pojazd sprawcy

Numer rejestracyjny .....

Marka, typ, model .....

Kolor nadwozia .....

Czy sprawca został ukarany, jak i przez kogo? .....

.....

Czy sprawca w chwili zdarzenia był w stanie po użyciu alkoholu, środków odurzających TAK / NIE / NIE WIEM*

WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ

Inne osoby poszkodowane w zdarzeniu	**Inne osoby uczestniczące w zdarzeniu**
1. .... *Imię nazwisko*	1. .... *Imię nazwisko*
2. .... *Imię nazwisko*	2. .... *Imię nazwisko*
3. .... *Imię nazwisko*	3. .... *Imię nazwisko*
4. .... *Imię nazwisko*	4. .... *Imię nazwisko*

Świadkowie zdarzenia

1. Nazwisko i imię	2. Nazwisko i imię ....
Adres zamieszkania .... *ulica, nr domu, nr mieszkania*	Adres zamieszkania .... *ulica, nr domu, nr mieszkania*
Miejscowość	Miejscowość ....

Przyczyna powstania szkody

Przyczyna powstania szkody ....

Adres szkody

Adres |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ulica, nr domu, nr mieszkania

|__|__| - |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Gmina |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Kod pocztowy miejscowość

Opis zdarzenia

Dokładny opis przebiegu zdarzenia z wyszczególnieniem miejsca szkody, okoliczności zaistniałego wypadku, odniesionych obrażeń itp.:

....

....

....

....

....

....

....

....

....

Roszczenie

Roszczenie z tytułu szkody osobowej	Kwota roszczenia w zł
1.	....
2.	....
3.	....
4.	....
Łączna kwota roszczeń	....

Czy są szkody rzeczowe ? TAK / NIE * Jeśli tak, jakie ? ....

Zaistniałe zdarzenie zgłoszono następującym organom

1. Nazwa	3. Nazwa ....
Adres / Siedziba	Adres / Siedziba ....
Miejscowość	Miejscowość ....
2. Nazwa	4. Nazwa ....
Adres / Siedziba	Adres / Siedziba ....
Miejscowość	Miejscowość ....

WYPEŁNIA OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ

Załączniki

Do niniejszego zgłoszenia szkody załączam:

1. ..... 4. .....
2. ..... 5. .....
3. ..... 6. .....

Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

.....	.....	.....
Miejscowość, data	*Podpis osoby zgłaszającej szkodę*	*Imię, nazwisko i podpis pracownika TUW „TUW" przyjmującego zgłoszenie szkody*

WYPEŁNIA POSZKODOWANY

Forma wypłaty odszkodowania

Przelewem na konto bankowe * Posiadacz rachunku Numer rachunku |_|	W kasie TUW „TUW" *

Oświadczenie poszkodowanego

Oświadczam, że w chwili zaistnienia zgłoszonego zdarzenia miałem zapięte pasy bezpieczeństwa/nie miałem zapiętych pasów bezpieczeństwa*

.....	.....
Miejscowość, data	*Imię, nazwisko i podpis poszkodowanego*

Oświadczenie poszkodowanego nie będącego członkiem TUW „TUW"

Przyjmuję do wiadomości, że:

1) Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „TUW" z siedzibą w Warszawie przy ul. Raabego 13, jest administratorem moich danych osobowych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.

Dane zostały zebrane w celu realizacji umowy ubezpieczenia - likwidacji szkody.
Dane te mogą być udostępniane przez Towarzystwo tylko podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji dotyczących likwidacji szkody, na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
Przysługuje mi prawo wglądu do moich danych oraz ich poprawiania na warunkach określonych w ustawie o ochronie danych osobowych.

.....	.....
Miejscowość, data	*Imię, nazwisko i podpis poszkodowanego*

WYPEŁNIA LEKARZ / PLACÓWKA ZDROWIA LUB KSEROKOPIE POSIADANYCH DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH

Informacja o udzieleniu pierwszej pomocy

Data i godzina przyjęcia poszkodowanego do leczenia / badania * bezpośrednio po wypadku .....

Nazwa zakładu leczniczego .....

Opis obrażeń ciała spowodowanych wypadkiem:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Przewidywany okres leczenia .....

Przewidywany termin skierowania poszkodowanego na badania końcowe .....

.....	.....
Miejscowość, data	*Pieczęć i podpis lekarza bądź innej upoważnionej osoby udzielającej informacji*