

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.

|                                                    |                                                                                                                                                                                                             |                |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>Czas i miejsce</b>                              | Data : _____<br>Miejsce: _____                                                                                                                                                                              | Godzina: _____ |
| <b>Zgłaszający/a<br/>szkodę</b>                    | Szkodę zgłosił/a: _____<br>Imię i nazwisko: _____<br>Miejsce zamieszkania: _____                                                                                                                            |                |
|                                                    | Poszkodowany/a <input type="checkbox"/> Sprawca <input type="checkbox"/> Osoba trzecia <input type="checkbox"/>                                                                                             |                |
| <b>Poszkodowany/a</b>                              | Imię i nazwisko: _____<br>Adres zamieszkania: _____<br>Adres do korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania) _____<br>Telefon: _____ E-mail: _____<br>PESEL/NIP: _____ Seria i nr dowodu osobistego: _____ |                |
| <b>Drugi uczestnik/sprawca</b>                     | Imię i nazwisko właściciela pojazdu: _____<br>Miejsce zamieszkania: _____<br>Telefon: _____<br>Imię i nazwisko kierującego pojazdem: _____<br>Miejsce zamieszkania: _____<br>Telefon: _____                 |                |
| <b>Pojazd drugiego<br/>uczestnika/<br/>sprawcy</b> | Marka, model: _____ Ubezpieczony w zakresie OC<br>Nr rejestracyjny: _____ w _____<br>Kolor: _____ Nr polisy: _____                                                                                          |                |
| <b>Opis zdarzenia</b>                              | _____<br>_____<br>_____<br>_____<br>_____                                                                                                                                                                   |                |

|                         |                                                             |                              |                              |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 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      | 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?:                                                |                              | TAK <input type="checkbox"/>              | NIE <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?:                                                              | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/>              | Liczba rannych: _____                    |                             |
|                      | Czy na miejsce zdarzenia wezwano pogotowie ratunkowe?:                                    | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <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: _____              |  |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Forma wypłaty odszkodowania</b> | <p>Beneficjent/uprawniony do odbioru odszkodowania:</p> <p>Imię i nazwisko: _____</p> <p>Miejsce zamieszkania: _____</p> <p>Telefon: _____</p> <p>Odszkodowanie proszę wypłacić:      przelewem na rachunek bankowy <input type="checkbox"/>      przekazem pocztowym <input type="checkbox"/>, adres jak wyżej</p> <p>Nazwa banku: _____</p> <p>Nr rachunku: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Dodatkowe uwagi</b>             | <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Postanowienia końcowe</b>       | <p>Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:</p> <p>1. Zostałem/am poinformowany/a o przyjęciu zgłoszenia szkody z dnia _____, numer _____ oraz koniecznych do dostarczenia przeze mnie, niezbędnych do zakończenia likwidacji dokumentach, jak również planowanym przebiegu likwidacji szkody.</p> <p>2. Udzieliłem/am zgodnie z prawdą wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody.</p> <p>3. W związku ze szkodą osobową zaistniałą w dniu _____, w wyniku której toczy się postępowanie o wypłatę świadczenia/odszkodowania, wyrażam zgodę na zasięganie 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.).</p> <p>Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA z siedzibą w Warszawie przy ul. Inflanckiej 4b, 00-189 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.</p> <p>Data: _____      Czytelny podpis: _____</p> |