

**ZGŁOSZENIE SZKODY MAJĄTKOWEJ
z Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej**Nr polisy / wniosku
ubezpieczeniowego: Okres ochrony ubezpieczeniowej od
dzień miesiąc rokdo
dzień miesiąc rok**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO**1. Nazwisko i imię: 2. Nazwa firmy: 3. Adres zamieszkania / Siedziby:
kod pocztowy miejscowość ulica

4. Kontakt telefoniczny:

DANE POSZKODOWANEGO5. Nazwisko i imię: 6. Nazwa firmy: 7. Adres zamieszkania / Siedziby:
kod pocztowy miejscowość ulica

8. Kontakt telefoniczny:

DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA SZKODOWEGO9. Data powstania szkody:
dzień miesiąc rok Data ujawnienia szkody:
dzień miesiąc rok10. Miejsce szkody:
dokładny adres

11. Typ zawartej umowy (rodzaj ubezpieczenia):

12. Przyczyna Szkody:

.....

.....

.....

13. Przedmiot Szkody:

.....

.....

.....

14. Szacunkowa wartość Szkody: zł

15. Dokładny opis zdarzenia:

.....

.....

.....

.....

.....



16. Kto oraz kogo Ubezpieczony/Poszkodowany powiadomił o zaistniałym zdarzeniu? (prosimy podać nazwę oraz dokładny adres)

1) Nazwa:

Adres:

data powiadomienia:

2) Nazwa:

Adres:

data powiadomienia:

3) Nazwa:

Adres:

data powiadomienia:

17. Działania podjęte przez Ubezpieczonego/Poszkodowanego w celu zmniejszenia rozmiaru szkody:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

18. Załączniki do Zgłoszenia Szkody (złożone przez Ubezpieczającego/Poszkodowanego przy zgłaszaniu szkody):

1)

2)

3)

4)

5)

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/POSZKODOWANEGO

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym formularzu roszczenia odpowiadają prawdzie.
2. Jestem świadom odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenia okoliczności mających istotny wpływ na proces likwidacji szkody.
3. Jestem świadom, że w razie ustalenia zatajenia okoliczności istotnych do rozpatrzenia roszczenia, SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. może zmniejszyć lub odmówić wypłaty odszkodowania.
4. Upoważniam SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do wglądu we wszelką dokumentację związaną z niniejszym zdarzeniem, będącą w szczególności w posiadaniu placówek medycznych, organów Administracji Państwowej, wymiaru sprawiedliwości i innych towarzystw ubezpieczeniowych oraz dokonywania z nich niezbędnych odpisów, zgodnie z art. 22 ust. 1, 4 i 5 oraz art. 25 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22.05.2003 (dz. U. Nr 03.124.1151).

.....
Czytelny podpis Ubezpieczonego/Poszkodowanego (pieczętka)

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Przedstawiciela SIGNAL IDUNA (pieczętka)

.....
Miejscowość i data