

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



1 Data zdarzenia	2 Godzina	3 Miejsce zdarzenia (kraj)	4 Miasto, droga/ulica	5 Numer szkody (wypełnia Liberty)
7 Uszkodzenia materialne (inne niż pojazdów)			8 Świadkowie: imię i nazwisko, adres, telefon	9 Czy podczas kolizji zostały poszkodowane osoby (obrażenia ciała)? Tak <input type="checkbox"/> (ile osób?) Nie <input type="checkbox"/>
10 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																																																												
11 Nr rejestracyjny Marka Model Vin Rok produkcji Przebieg	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">A</th> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">POJAZDY</th> <th style="background-color: #e91e63; color: white;">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">↓</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">↓</td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Zaparkowany/ Zatrzymany*</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Ruszał z miejsca/Otwierał drzwi*</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">W trakcie parkowania</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Wyjeżdżał z parkingu, terenu prywatnego, drogi nieutwardzonej</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Wjeżdżał na parking, teren prywatny, drogę nieutwardzoną</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Włączał się do ruchu okrężnego</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Poruszał się w ruchu okrężnym</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Zmieniał pas ruchu</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Wyprzedzał</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Skręcał w prawo</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Skręcał w lewo</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Cofał/Zawracał*</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Jechał pasem ruchu przeznaczonym do ruchu w przeciwnym kierunku</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Na skrzyżowaniu nadjechał z prawej strony</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">Nie udzielił pierwszeństwa przejazdu /Jechał na czerwonym świetle</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><input type="checkbox"/></td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;">← Podaj liczbę odpowiedzi zaznaczonych krzyżykiem →</td> <td style="background-color: #e91e63; color: white;"><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"/>	11 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.)																																																												
12 Rodzaj obiektu..... Numer obiektu.....		12 Rodzaj obiektu..... Numer obiektu.....																																																												
Właściciel pojazdu		Właściciel pojazdu																																																												
13 Imię i nazwisko/Firma* PESEL/Regon* Adres Telefon stacjonarny Telefon komórkowy E-mail		13 Imię i nazwisko/Firma* PESEL/Regon* Adres Telefon stacjonarny Telefon komórkowy E-mail																																																												
Współwłaściciel pojazdu		Współwłaściciel pojazdu																																																												
14 Imię i nazwisko/Firma* PESEL/Regon* Adres Telefon stacjonarny Telefon komórkowy E-mail		14 Imię i nazwisko/Firma* PESEL/Regon* Adres Telefon stacjonarny Telefon komórkowy E-mail																																																												
Kierujący pojazdem w chwili zdarzenia		Kierujący pojazdem w chwili zdarzenia																																																												
15 Imię i nazwisko/Firma* PESEL/Regon* Adres Telefon stacjonarny Telefon komórkowy E-mail		15 Imię i nazwisko/Firma* PESEL/Regon* Adres Telefon stacjonarny Telefon komórkowy E-mail																																																												
16 Nazwa i adres ubezpieczyciela Numer polisy OC		16 Nazwa i adres ubezpieczyciela Numer polisy OC																																																												
17 Opis zdarzenia 17 <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

19

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? tak nie
 (jednostka, adres).....
 26 Czy na miejsce zdarzenia zostało wezwane pogotowie? tak nie
 (jednostka, adres).....
 27 Czy sprawa została skierowana do sądu? tak nie
 (jednostka, adres).....
 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 umową 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.”