

DRUK ZGŁOSZENIA SZKODY MAJĄTKOWEJ OC
Claim notification form (MTPL)

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI *Please fill in this form with PRINTED LETTERS*

| | | |
|---|---|---|
| 1. Imię i Nazwisko zgłaszającego - Reporting Person's First and Last Name Data zgłoszenia Accident notification date | 2. Nr polisy OC zgłaszającego - Policy numer (TPL) Nr szkody (Claim number) | 3. Dane właściciela ubezpieczonego pojazdu (dane z dowodu rejestracyjnego) Insured's vehicle's registered owner: Inny:..... |
| Data szkody Accident date Godzina Time am/pm Miejsce kolizji Accident place | 4. Dane dotyczące pojazdu zgłaszającego: The vehicle's details: Nr rejestracyjny Plate Reg. number Marka i model Make & model VIN: _____ Przebieg: Milage (numer nadwozia - 17 znaków / VIN number - 17 characters) Data ważności badania technicznego Date of the next technical check _____ / _____ / _____ | |
| 5. Nienaprawione uszkodzenia sprzed dnia szkody: Any unrepaired damage prior to the current claim: | | |
| OKOLICZNOŚCI SZKODY - CIRCUMSTANCES OF THE LOSS | | |
| 6. Dane upoważnionego do kierowania lub dysponowania pojazdem w momencie zaistnienia szkody : Driver's details at the time of the loss: | | |
| Imię i Nazwisko First and Last Name | | PESEL (personal identity number) |
| Telefon Phone number | | E-mail (E-mail) |
| Adres:(kod, miejscowość) Address:(postal code, city) | | Ul. St. |
| Prawo jazdy nr. Driver's licence Nr | Kategoria Category | Ważne do dnia Expiry date ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> BEZTERMINOWO (UNLIMITED) |
| 7. Szczegółowy opis zdarzenia (godzina, miejsce, okoliczności, przyczyna) : Detailed description of the occurrence that lead to the damage (time, place, circumstances of the loss, proximate cause) | | |
| Dane właściciela i kierowcy pozostałych pojazdów uczestniczących w zdarzeniu do uzupełnienia w punkcie 12, 13, 14. Information on all other drivers involved is to be filled on page 2, point 12,13, 14 Uwaga. W razie braku miejsca proszę sporządzić na odrębnej kartce. Attention: In case there is not enough space, please use an additional sheet of paper | | |

8. Szkic kolizji: Accident diagram:

9. Uszkodzenia MOJEGO pojazdu związane ze szkodą lub skradzione elementy, (miejsca uszkodzeń pojazdu wskazać na rysunku obok):

>>>>

Extent of my vehicle damage connected to the claim or vehicle's stolen parts (damaged spots to be marked on the graph beside):

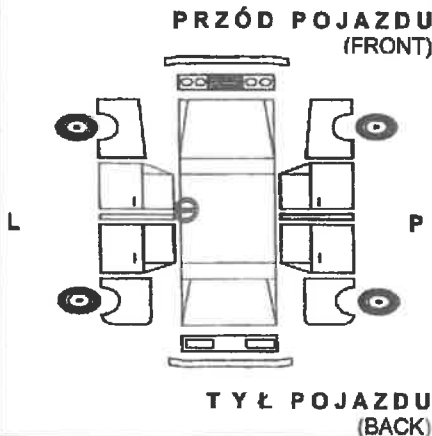
.....

.....

.....

.....

.....



10. Wypadek / - wezwana Policja: Has Police been called to the scene of the Accident / Has vehicle theft been reported?

Nazwa jednostki Police division Adres (kod, miejscowość) Address: (postal code, town) UI. St.

11. Spisano oświadczenie sprawcy (At the scene of accident the statement was taken from perpetrator) TAK Yes NIE (na miejscu była Policja) (No, Police's been called to the scene of the Accident)

DANE INNYCH UCZESTNIKÓW: Third part information of: SPRAWCY MOJEJ SZKODY (perpetrator of my damages) POSZKODOWANEGO Z MOJEJ WINY (from my blame injured)

12. Dane WŁAŚCICIELA POJAZDU drugiego uczestnika szkody (z dowodu rejestracyjnego):

Third Party information (Registered Vehicle Owner):
Nr Rejestracyjny Plate Registration number Nazwisko Imię WŁAŚCICIELA, (ew. nazwa firmy) Name of the owner

PESEL / REGON Adres:(kod, miejscowość) Address:(postal code, city) UI. St. Telefon/E-mail:

Marka Make Model Model Kolor nadwozia Body colour

13. Dowód ubezpieczenia OC WŁAŚCICIELA POJAZDU sprawcy: Liability card / TPL insurance card:

Polisa nr. Policy nr. Nazwa Zakładu Ubezpieczeń Name of third party insurer.

14. Dane KIERUJĄCEGO DRUGIM POJAZDEM w momencie zaistnienia szkody: Info on the third party driver at the time of the loss:

Imię i Nazwisko First and Last Name UI. St.

PESEL

Adres:(kod, miejscowość) Address:(postal code, city) Telefon/E-mail:

Prawo jazdy Seria Driver's licence Series Nr Nr Kategoria Category Ważne do dnia - Expiry date

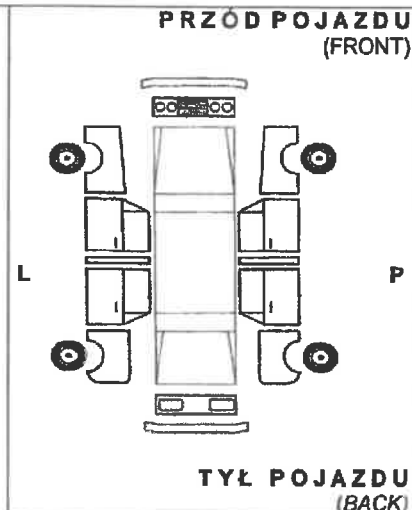
Czy drugi uczestnik szkody – KIERUJĄCY był trzeźwy ?
Has the third party driver intoxicated at the time of accident ?

TAK
Yes

NIE
No

15. Uszkodzenia drugiego pojazdu (sprawcy lub poszkodowanego przeze mnie) związane ze szkodą (miejsca uszkodzeń pojazdu wskazać na rysunku obok):
Extent of the other vehicle damage (of perpetrator of my damages or from my blame injured) connected to the claim (damaged spots to be marked on the graph beside):

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



16. Oświadczenia Statement of claim (In case of TPL claims)

Oświadczam, że z tytułu ww. szkody w samochodzie nie otrzymałem(am) odszkodowania z Innego niż Sogessur SA Oddział w Polsce, jak również nie czynię starań, aby takie odszkodowanie uzyskać.

Hereby, I declare that I have not received any indemnity with regards to the above claim, nor that I seek any indemnity from any insurer than Sogessur SA Oddział in Poland or a third party on my own.

Podpis właściciela polisy lub osoby uprawnionej – użytkownika

Signature of the Policyholder or Authorized person – user's

Oświadczam, że w przypadku ustalenia innych okoliczności wypadku niż, te, które podałem(am) w zgłoszeniu poniosę pełne koszty związane z przeprowadzeniem postępowania dowodowego i likwidacji szkody.

Hereby, I declare that if it is proven that the circumstances of the accident were different, than the ones I here above disclosed, I will become responsible for all the costs of investigating and handling of this claim.

Podpis zgłaszającego szkodę – użytkownika

Signature of the claimant

Oświadczam, że prowadząc w dniu szkody ww. pojazd nie znajdowałem się w stanie nietrzeźwości oraz nie byłem pod wpływem działania narkotyków lub innych środków halucynogennych. W razie stwierdzenia stanu mojej nietrzeźwości w czasie szkody zobowiązuję się zwrócić otrzymane odszkodowanie oraz koszty związane z przeprowadzeniem postępowania dowodowego i likwidacji szkody w terminie 14 dni od daty wezwania przez zakład ubezpieczeń.

Hereby, I declare that at the time while driving the vehicle I was not intoxicated nor under the influence of any substance which could impair my ability to drive. In the case it is proven otherwise, I will be liable to return any received indemnity and to cover the cost of investigating and handling of this claim.

Podpis zgłaszającego szkodę – użytkownika

Signature of the claimant

Wszystkich powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

The above information is true and to the best of my knowledge.

.....
miejsowość i data
Date and Town

.....
imię i nazwisko użytkownika pojazdu (drukowane)
First and Last Name of the driver (PRINTED)

.....
Podpis użytkownika pojazdu
Signature of the driver

Tożsamość oświadczającego stwierdziłem na podstawie Dowodu osobistego / Paszportu
Identification has been confirmed based on Identity Card / Passport

Seria Nr
Series Nr

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej zgłoszenie szkody (Pracownik serwisu lub likwidator szkody)
Legible signature of the person taking the loss form (Employee of the body shop or a Claims handler)

Informujemy, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sogessur S.A. Oddział w Polsce, ul. Plac Solny 16, 50-062 Wrocław;
- w sprawach związanych z ochroną danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email iod@societegenerale-insurance.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora;
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu i w zakresie niezbędnym do likwidacji szkody oraz realizacji umowy ubezpieczenia na podstawie art. 6 ust 1 pkt b RODO; ewentualnie gdy jest to niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego Interesu administratora np. w celu dochodzenia

- roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia; ewentualnie gdy jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
- d) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody - bez podania danych osobowych nie jest możliwe ubieganie się o odszkodowanie z umowy ubezpieczenia;
 - e) Pani/Pana dane mogą być udostępniane podmiotom upoważnionym do uzyskania informacji na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 r. (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844) o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
 - f) odbiorcami danych osobowych mogą być zakłady reasekuracji oraz organy ustawowo upoważnione do dostępu do danych w zakresie i celu określonym w przepisach szczególnych (KNF, UFG, GIF itd.). Ponadto dane mogą być przekazywane Sogessur S.A. z siedzibą w Paryżu, Francja oraz podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, likwidatorom szkód, agentom ubezpieczeniowym – przy czym także podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora;
 - g) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych, wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu;
 - h) posiada Pani/Pan dostęp do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody;
 - i) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.



**ZAŁĄCZNIK DO DRUKU ZGŁOSZENIA SZKODY
(wypełnia właściciel pojazdu)**

Dotyczy szkody numer:.....

**1. Czy na pojeździe(marka, model, nr. rejestracyjny)
ciążą należności*?**

Leasing Cesja , Zastaw na rzecz:
Nie

2. Odszkodowanie proszę przekazać dla:

a) na konto osobiste / firmowe nr:
należące do (nazwa, adres) :.....

b) konto upoważnionego warsztatu, współwłaściciela lub osoby trzeciej zgodnie z udzielonym
pełnomocnictwem nr:

c) przekazem pocztowym (tylko w przypadku osób fizycznych) dla
na adres.....

3. Czy jest Pan/Pani jedynym właścicielem pojazdu*?

Tak

Nie (w tym przypadku załącznik powinien zostać wypełniony oddzielnie przez każdego ze współwłaścicieli)

4. W dniu szkody pojazd posiadał ubezpieczenia auto-casco*:

Tak / Nie Prosimy o podanie nazwy ubezpieczyciela AC:

**5. Czy z tytułu przedmiotowej szkody otrzymałem)-am odszkodowanie z innego zakładu
ubezpieczeń*:**

otrzymałem)-am / nie otrzymałem)-am

6. Czy ubiegam się o odszkodowanie z innego zakładu ubezpieczeń*:

ubiegam się / nie ubiegam się

7. Oświadczenie dot. podatku VAT*:

a) Właściciel pojazdu jest płatnikiem podatku VAT Tak / Nie

b) Pojazd jest ujęty w środkach trwałych firmy Tak / Nie

c) Pojazd używany jest dla potrzeb własnych Tak / Nie

d) W związku z prowadzoną działalnością mam możliwość odliczenia podatku VAT w wysokości*:
100% / 50%

e) Czy dokonali Państwo odliczenia podatku VAT naliczonego przy jego zakupie*:
Całkowicie W części , w jakiej?

Data i podpis

8. Oświadczenie KIERUJĄCEGO pojazdem:

W chwili zdarzenia nie znajdowałem)-am się w stanie nietrzeźwości, ani pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.

Data i podpis

Niniejszym oświadczam, że świadom/-a odpowiedzialności wynikającej z art. 233 kk (Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553) potwierdzam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.