

# Zgłoszenie szkody na osobie z ubezpieczenia OC komunikacyjnego



Numer szkody: \_\_\_\_\_

Proszę uzupełnić i podpisać oświadczenie, a następnie odesłać je do nas e-mailem na adres: szkody@aviva.pl lub pocztą tradycyjną na adres: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA, Dział Likwidacji Szkód Majątkowych i Osobowych, ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa



## Kiedy i gdzie doszło do zdarzenia?

Data zdarzenia: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_

Miejsce zdarzenia: \_\_\_\_\_



## Kto zgłasza szkodę?

Imię i nazwisko zgłaszającego szkodę: \_\_\_\_\_

PESEL:

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_



## Kto został poszkodowany?

Imię i nazwisko poszkodowanego (jeśli inny niż zgłaszający szkodę): \_\_\_\_\_

PESEL:

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Poszkodowany w chwili zdarzenia był:

Kierującym pojazdem  Pasażerem siedzącym z tyłu

Pasażerem siedzącym obok kierowcy  Osobą poza pojazdem (pieszy, rowerzysta)

Czy poszkodowany w chwili zdarzenia był zapięty w pasy bezpieczeństwa? Tak  Nie

Jeśli poszkodowane było dziecko, czy było przewożone w foteliku? Tak  Nie

Liczba osób w pojeździe, którym podróżował poszkodowany w chwili zdarzenia: \_\_\_\_\_

Marka, model pojazdu : \_\_\_\_\_ Nr. rej.: \_\_\_\_\_

Jeżeli poszkodowanym jest małoletnie dziecko lub osoba wymagająca opieki, proszę podać dane rodzica lub opiekuna poszkodowanego:

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Adres zamieszkania: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_



## Kto jest sprawcą szkody?

Marka, model pojazdu : \_\_\_\_\_ Nr. rej.: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko kierującego pojazdem w chwili zdarzenia: \_\_\_\_\_

PESEL:

Miejsce zamieszkania: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_





## Zniszczone lub uszkodzone mienie osobiste poszkodowanego

LP	Rodzaj / Typ / Marka	Ilość	Data Zakupu	Wartość wg poszkodowanego (na dzień szkody w stanie nieuszkodzonym)



## Odszkodowanie

Nr rachunku bankowego, na który Aviva ma wpłacić odszkodowanie:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Imię i nazwisko lub nazwa właściciela rachunku, jeśli jest to inna osoba niż poszkodowany: \_\_\_\_\_

PESEL:



## Oświadczenia

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. Udzieliłem/am zgodnie z prawdą, wszystkich mi wiadomych informacji dotyczących szkody.
2. W związku ze szkodą zaistniałą w dniu ....., w wyniku której toczy się postępowanie o wypłatę świadczenia/odszkodowania, wyrażam zgodę na zasięgnięcie 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. 38 ust. 6 i 8 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności i ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 poz. 1844), art. 26 ust.3 pkt.7 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta z 6 listopada 2008 r. (Dz.U. z 2012 poz. 159 ze 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.).
3. 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.
4. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszystkich informacji dotyczących złożonego przeze mnie wniosku o wypłatę w formie e-maili. Informacje przesłane na podany adres poczty elektronicznej będą uważane za doręczone.

Data: \_\_\_\_\_ Czytelny podpis poszkodowanego: \_\_\_\_\_