

nr zgłoszenia

1) Dane właściciela pojazdu (poszkodowanego)

Imię	<input type="text"/>	Drugie imię	<input type="text"/>
Nazwisko - I człon	<input type="text"/>	Nazwisko - II człon	<input type="text"/>

2) Dane współwłaściciela / użytkownika pojazdu (poszkodowanego)

Imię	<input type="text"/>	Drugie imię	<input type="text"/>
Nazwisko - I człon	<input type="text"/>	Nazwisko - II człon	<input type="text"/>
Nazwa instytucji / firmy	<input type="text"/>		
PESEL	<input type="text"/>	REGON	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Pocztą	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Ulica	<input type="text"/>
Nr budynku	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>
		Telefon	<input type="text"/>

3) Dane kierującego pojazdem (poszkodowanego)

Imię	<input type="text"/>	Drugie imię	<input type="text"/>
Nazwisko - I człon	<input type="text"/>	Nazwisko - II człon	<input type="text"/>
Prawo jazdy	Numer <input type="text"/>	Kategoria	<input type="text"/>
Wydane przez	<input type="text"/>	W dniu	<input type="text"/>
		dzień	<input type="text"/>
		miesiąc	<input type="text"/>
		rok	<input type="text"/>
Ważne do	<input type="checkbox"/> Bezterminowo	<input type="checkbox"/> Czasowe	do dnia <input type="text"/>
			dzień
			miesiąc
			rok

Oświadczenie kierującego pojazdem (poszkodowanego)

Oświadczam, że w chwili wypadku nie znajdowałem/am się pod wpływem alkoholu lub podobnie działających innych środków odurzających i posiadałem/am uprawnienia do kierowania pojazdem.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość i data	Podpis kierującego

4) Dane drugiego uczestnika kolizji / wypadku (sprawcy szkody)

Dane dotyczące drugiego uczestnika zdarzenia

Imię	<input type="text"/>	Drugie imię	<input type="text"/>
Nazwisko - I człon	<input type="text"/>	Nazwisko - II człon	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Pocztą	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Ulica	<input type="text"/>
Nr budynku	<input type="text"/>	Nr rej.	<input type="text"/>
Marka i model pojazdu	<input type="text"/>	Typ pojazdu	<input type="text"/>
Imię i nazwisko kierującego	<input type="text"/>		
Prawo jazdy	Numer <input type="text"/>	Kategoria	<input type="text"/>
Świadectwo kwalifikacji nr	<input type="text"/>		
Ważne do	<input type="text"/>	Czy kierowca w chwili wypadku był trzeźwy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	dzień		
	miesiąc		
	rok		
Nr polisy OC	<input type="text"/>		
Nazwa i adres Zakładu Ubezpieczeń	<input type="text"/>		

Powyższych informacji udzieliłem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy

<input type="text"/>
Podpis

5) Dane innych uczestników kolizji

Poszkodowany / sprawca (niepotrzebne skreślić)

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nr budynku	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>
Marka i model pojazdu	<input type="text"/>	Nr rej.	<input type="text"/>
		Typ pojazdu	<input type="text"/>

Poszkodowany / sprawca (niepotrzebne skreślić)

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Nr budynku	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>
Marka i model pojazdu	<input type="text"/>	Nr rej.	<input type="text"/>
		Typ pojazdu	<input type="text"/>

6) Dodatkowe informacje

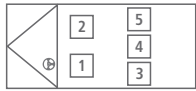
1. Czy pojazd miał wcześniej szkody komunikacyjne i w którym zakładzie ubezpieczeń były one zgłoszone? NIE TAK

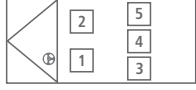
2. Jakie uszkodzenia nienaprawione posiadał pojazd przed ww. zdarzeniem?

Czy pojazd po zdarzeniu był holowany NIE TAK Nazwa i adres holującego

7) Osoby poszkodowane w zdarzeniu

Czy były osoby: ranne TAK NIE Zabite TAK NIE

Pojazd zgłaszającego roszczenie	Imię i nazwisko	Obrażenia	Czy osoba miała zapięte pasy bezpieczeństwa	Miejsca zajmowane w pojeździe (oznacz cyframi na rysunku)
1			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

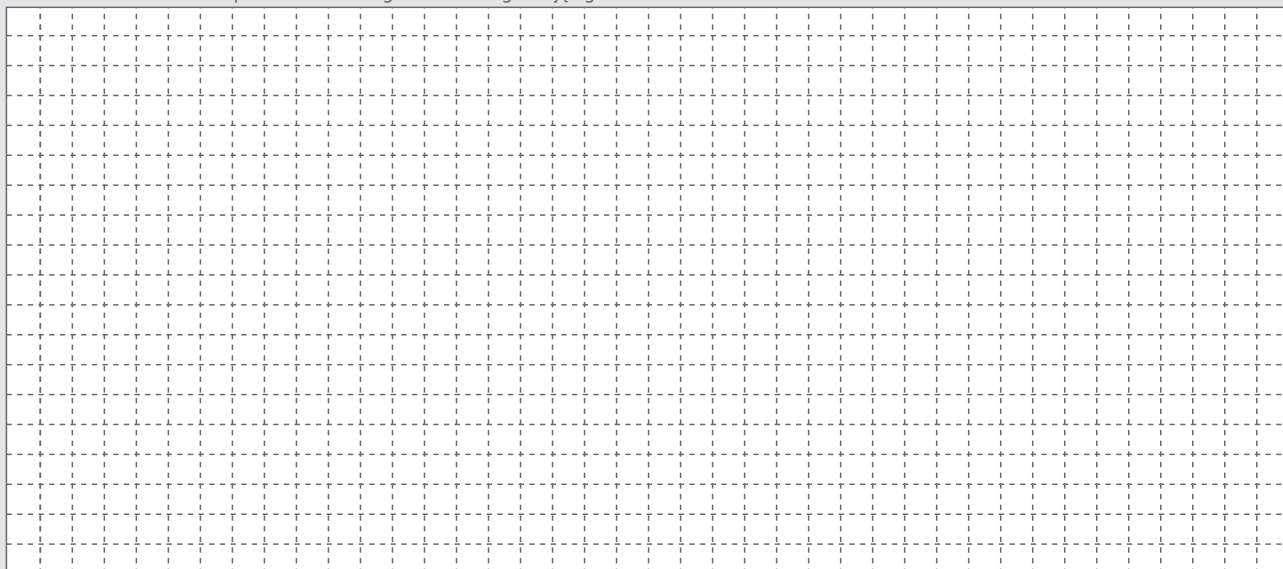
Pojazd sprawcy	Imię i nazwisko	Obrażenia	Czy osoba miała zapięte pasy bezpieczeństwa	Miejsca zajmowane w pojeździe (oznacz cyframi na rysunku)
1			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Powyzszych informacji udzielim/am zgodnie z prawda i wedlug najlepszej wiedzy

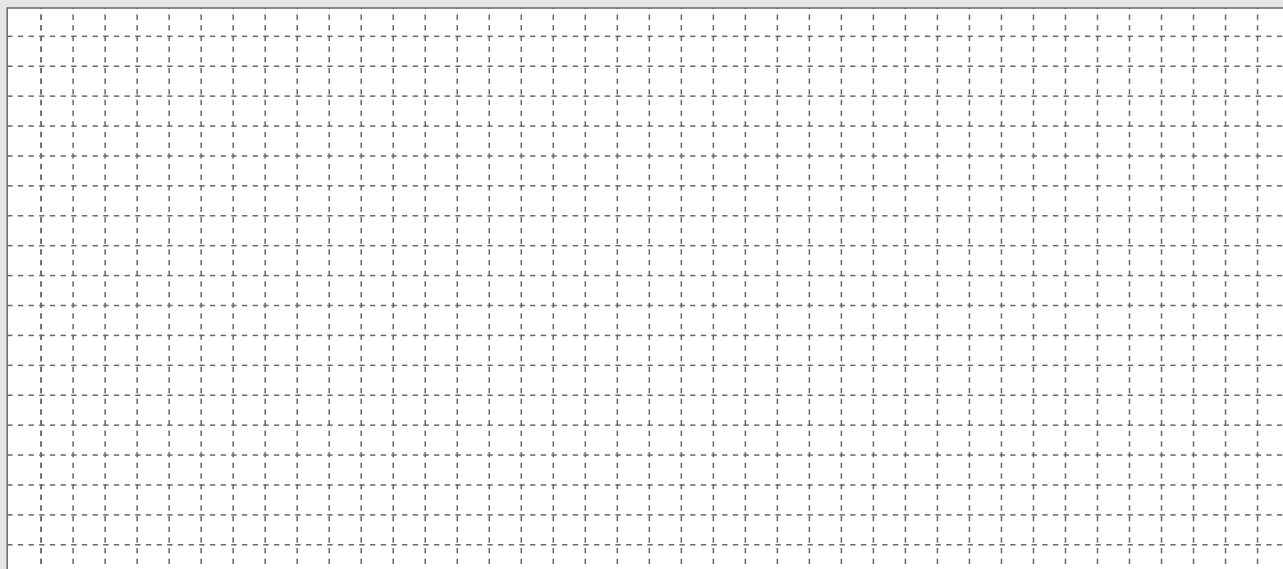
Podpis

8) Szkic sytuacyjny zdarzenia

1. Przed zdarzeniem – chwila powstania stanu zagrożenia według kierującego



2. W trakcie zdarzenia – chwila zdarzenia



3. Po zdarzeniu – położenia powypadkowe pojazdów, osób, przedmiotów itp.



Powyższych informacji udzieliłem/am zgodnie z prawdą
i według najlepszej wiedzy

Podpis

9) Opis okoliczności zaistnienia szkody (proszę podać szczegółowy opis zdarzenia)

Lined area for describing the incident.

Zawiadomienie wraz z załącznikami przyjąłem

Miejscowość, data

Imię, nazwisko, podpis pracownika PTU S.A.

Powyższych informacji udzieliłem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy

Miejscowość, data

Imię, nazwisko, podpis poszkodowanego