

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"/>	Poczta	<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	mesiąc
		rok	<input type="text"/>
Ważne do	<input type="checkbox"/> Bezterminowo	<input type="checkbox"/> Czasowe	do dnia <input type="text"/>
			dzień
			mesiąc
			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.

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"/>	Poczta	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Ulica	<input type="text"/>
Nr budynku	<input type="text"/>	Nr rej.	<input type="text"/>
Nr lokalu	<input type="text"/>	Typ pojazdu	<input type="text"/>
Marka i model 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	mesiąc	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

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

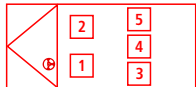
1. Czy pojazd miał wcześniej szkody komunikacyjne i w którym zakładzie ubezpieczeń były one zgłoszone?  NIE  TAK

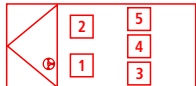
2. Jakie uszkodzenia nienaprawione posiadał pojazd przed ww. zdarzeniem?

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	

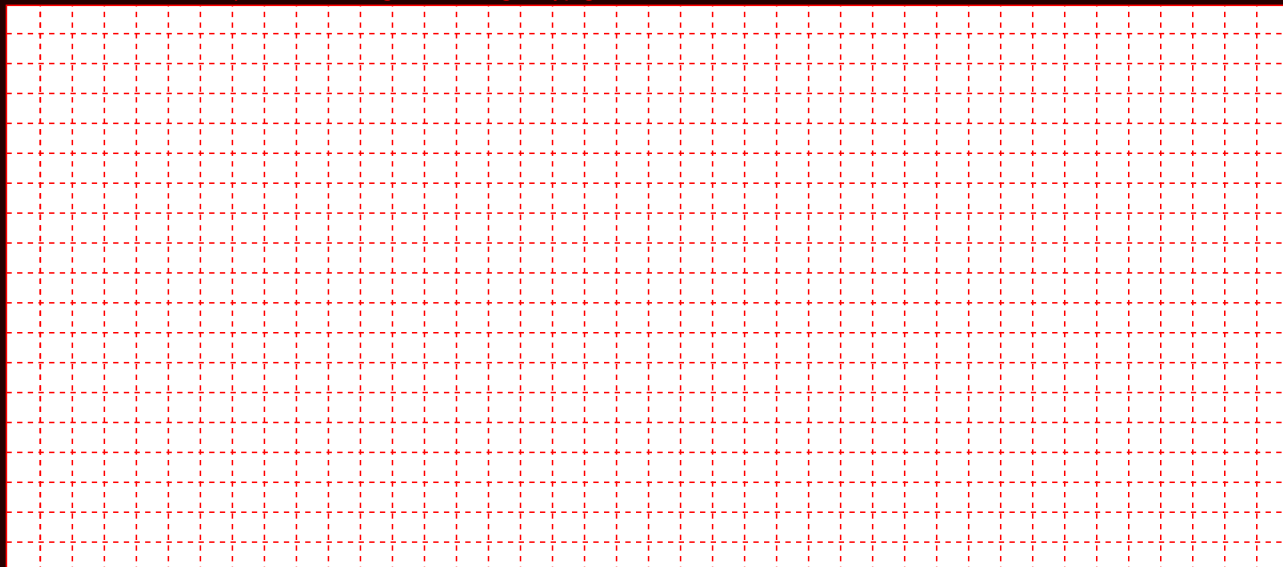
Pojazd sprawcy	Imię i nazwisko	Obrażenia	Czy osoba miała zapięte pasy bezpieczeństwa	Miejsca zajmowane w pojeździe (oznacz cyframi na rysunku)
1			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3			<input type="checkbox"/> TAK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

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

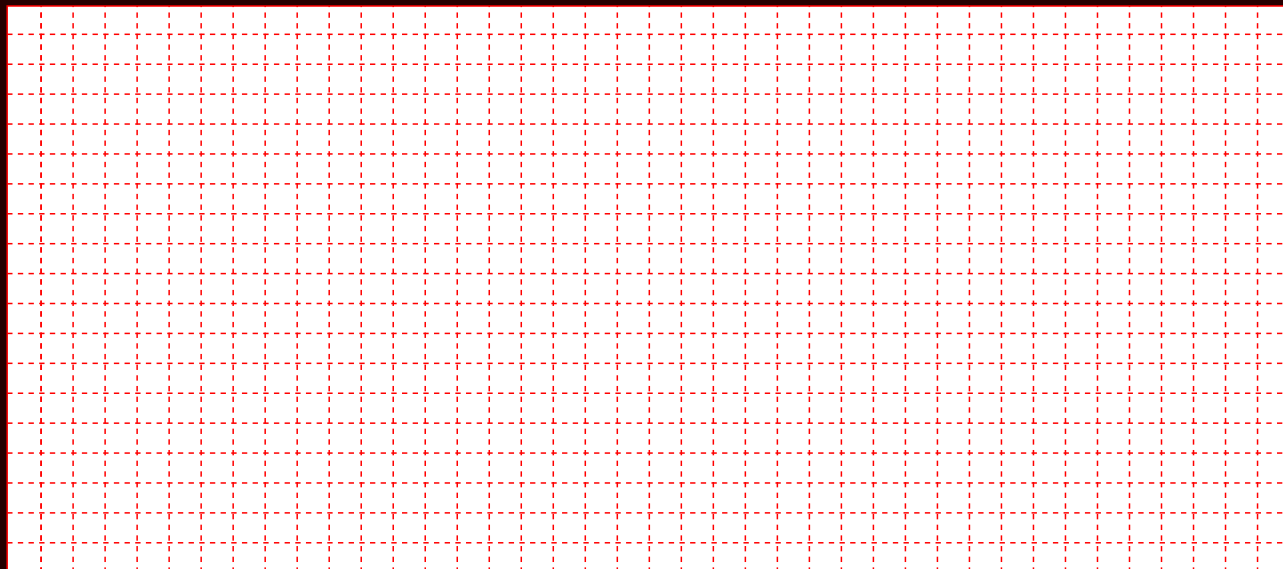
Podpis

## 8) Szkic sytuacyjny zdarzenia

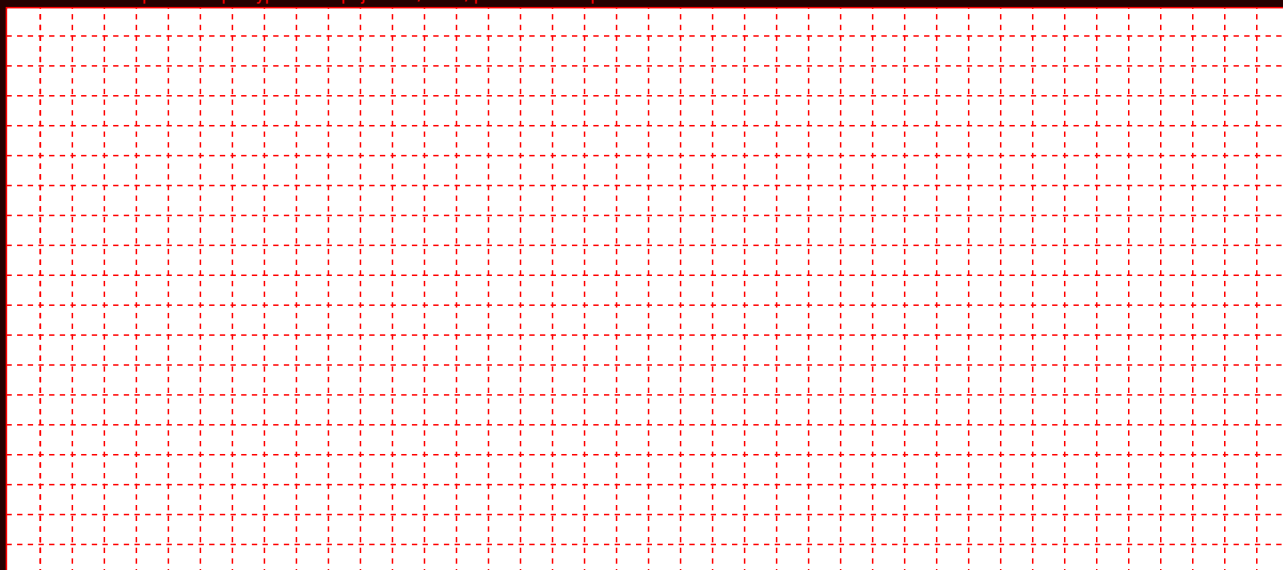
1. Przed zdarzeniem – chwila powstania stanu zagrożenia według kierującego



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)

Blank area with horizontal dashed lines for writing the description of the damage.

Zawiadomienie wraz z załącznikami przyjąłem

Blank box for location and date of receipt.

Miejscowość, data

Blank box for name and signature of the PTU S.A. employee.

Imię, nazwisko, podpis pracownika PTU S.A.

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

Blank box for location and date of declaration.

Miejscowość, data

Blank box for name and signature of the damaged party.

Imię, nazwisko, podpis poszkodowanego