

ZGŁOSZENIE SZKODY MAJĄTKOWEJ – MIENIE W LEASINGU

Numer szkody:

Data i godzina zdarzenia

RRRR – MM – DD hh:mm

Miejsce zdarzenia (miejscowość i adres)

Rodzaj szkody:

DANE POSZKODOWANEGO / UBEZPIECZAJĄCEGO (DANE LEASINGODAWCY):

Imię i nazwisko (nazwa firmy):

Adres:

□□ – □□□□

(kod pocztowy)

(miejscowość)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(telefony)

(adresy email)

DANE UŻYTKOWNIKA (DANE LEASINGOBIORCY):

Imię i nazwisko (nazwa firmy):

NIP

□□□□□□□□□□

REGON

□□□□□□□□□□

Adres:

□□ – □□□□

(kod pocztowy)

(miejscowość)

(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(telefony)

(adresy email)

Nr umowy leasingowej

Data zawarcia

DD – MM – RRRR

Okres

DANE O INNYCH UBEZPIECZENIACH:

Czy poszkodowany dodatkowo posiada polisę ubezpieczeniową która swym zakresem może obejmować przedmiotowy sprzęt?

TAK NIE

Nazwa zakładu ubezpieczeń:

Czy powiadomiono ów zakład ubezpieczeń o zdarzeniu?

TAK NIE

INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA:

Przyczyna szkody:

Okoliczności powstania szkody (stwierdzone lub domniemane):

SPRAWCA SZKODY:

Imię i nazwisko, adres:

PRZEDMIOT SZKODY I JEGO WARTOŚĆ:

Nazwa, marka, typ, nr fabryczny:

O szkodzie powiadomiono:

| | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> POLICJĘ | Nazwa jednostki, adres | Data powiadomienia |
| <input type="checkbox"/> STRAŻ POŻARNĄ | Nazwa jednostki, adres | Data powiadomienia |
| <input type="checkbox"/> ADMINISTRACJĘ BUDYNKU | Nazwa jednostki, adres | Data powiadomienia |
| <input type="checkbox"/> INNE | Nazwa jednostki, adres | Data powiadomienia |

OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam, że informacje zamieszczone w niniejszym druku podałem/am zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Potwierdzam, że zostałem/am poinformowany/na, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
- Oświadczam, że z tytułu zaistniałej szkody nie otrzymałem/am odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń i nie ubiegam się o odszkodowanie w innym zakładzie lub innej jednostce TU Europa S.A.
- Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego odszkodowania, w terminie 7 dni od daty wezwania przez TU Europa S.A., jeżeli zostaną ujawnione inne okoliczności niż przyjęto za podstawę do ustalenia stanu faktycznego i wypłaty odszkodowania.
- Klauzula dla osób fizycznych: Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133/97 poz. 883) Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62, informuje, że jest administratorem Pani/a danych osobowych, które będą przez nas przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych. Jednocześnie informujemy, że służy Pani/u prawo do wglądu do swoich danych osobowych i prawo ich poprawiania, a przetwarzanie danych w celach innych niż działalność statutowa TU Europa S.A. wymaga Pani/a uprzedniej zgody.

Do zawiadomienia załączam:

| | | |
|----------------------------|----------------------|-----------------|
| Imię i nazwisko | | |
| Adres | | |
| Seria i nr dok. tożsamości | | |
| | Miejscowość | Data |
| | | Podpis |

Data pieczęć i podpis osoby przyjmującej zawiadomienie

| | | |
|--|---------------|------------------|
| | Data | Pieczęć |
|--|---------------|------------------|

*) właściwe zaznaczyć; w przypadku braku informacji, wpisać „NIE WIEM”