CLAIM FORM – THE CIVIL LIABILITY

ZGŁOSZENIE SZKODY – OC

**PLEASE ENTER ALL THE INFORMATION YOU HAVE ABOUT THE CLAIM INTO THE FORM, SAVE THE FILE AND SEND IT TO THE E-MAIL ADDRESS OF YOUR CLAIM SUPERVISOR.**

PROSIMY WPISAĆ DO FORMULARZA WSZYSTKIE POSIADANE INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKODY, ZAPISANIE PLIKU I PRZESŁANIE GO NA ADRES MAILOWY OSOBY DEDYKOWANEJ DO LIKWIDACJI SZKODY.

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE OF DAMAGE/ ACCIDENT**DATA SZKODY / ZDARZENIA | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **DATE OF DAMAGE DISCLOSURE**DATA UJAWNIENIA SZKODY  | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **POLICY NUMBER**NUMER POLISY | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **CITY / STATE OF THE INCIDENT**MIEJSCOWOŚĆ / KRAJ ZDARZENIA | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **PRELIMINARY ESTIMATE/****THE AMOUNT OF DAMAGE**SZACUNKOWA WARTOŚĆ /WYSOKOŚC SZKODY (NA PODSTAWIE KOSZTORYSU, WŁASNEJ WYCENY) | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **DESCRIBE THE DAMAGE**OPIS USZKODZEŃ | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **DETAILS OF CLAIMANT**DANE POSZKODOWANEGO | **COMPANY /** **FIRST AND LAST NAME** NAZWA FIRMY/IMIĘ I NAZWISKO | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **ADDRESS**ADRES | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **E-MAIL** | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **PHONE NUMBER** NUMER TELEFONU | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **DETAILS OF POLICYHOLDER (PERPETRATOR)**DANE UBEZPIECZONEGO (SPRAWCY) | **COMPANY /** **FIRST AND LAST NAME** NAZWA FIRMY/IMIĘ I NAZWISKO | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **ADRESS**ADRES | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **E-MAIL** | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **PHONE NUMBER**NUMER TELEFONU | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

|  |
| --- |
| **CIRCUMSTANCES AND THE CAUSE OF THE CLAIM**OKOLICZNOŚCI WRAZ Z PRZYCZYNĄ SZKODY |
| Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **WHO HAS BEEN NOTIFIED**KOGO POWIADOMIONO | [ ]  **POLICE STATION**POLICJA | [ ]  **FIRE STATION** STRAŻ POŻARNA | [ ]  **EMERGENCY AMBULANCE**POGOTOWIE |
| [ ]  **OTHER** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.INNE  |
| **PERSON REPORTING THE CLAIM / CONTACT PERSON****OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKODĘ /****OSOBA DO KONTAKTU** | **FIRST AND LAST NAME**IMIĘ I NAZWISKO | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **DATE OF THE REPORT**DATA ZGŁOSZENIA | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **E-MAIL** | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| **PHONE NUMBER**NUMER TELEFONU | Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst. |