

Potwierdzenie okoliczności zdarzenia

Numer szkody

Numer polisy

Składający oświadczenie – Sprawca (proszę wpisać swoje dane)

Imię i nazwisko/Nazwa		PESEL/REGON
Adres zamieszkania/Siedziba		
Kod pocztowy	Miejscowość	
Telefon kontaktowy	E-mail	

Oświadczam, że w dniu _____ o godzinie _____ w (miejscowość, ulica/skrzyżowanie, droga nr) _____ spowodowałem/am szkodę komunikacyjną, w której poszkodowanym jest:

Poszkodowany (proszę wpisać dane osoby poszkodowanej)

Imię i nazwisko/Nazwa	PESEL
-----------------------	-------

Pojazd (proszę wskazać pojazd poszkodowany)

Marka/model	Nr rejestracyjny	Kolor
-------------	------------------	-------

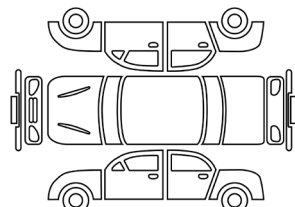
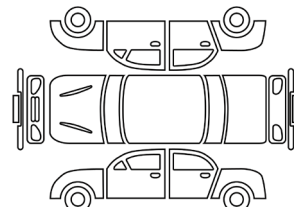
Nie poczuwam się do odpowiedzialności za spowodowanie przedmiotowego zdarzenia

Opis okoliczności zdarzenia

Szkic sytuacyjny

Przed zdarzeniem	Po zdarzeniu
------------------	--------------

Uszkodzenia pojazdów

Nr rejestracyjny:		Nr rejestracyjny:	
-------------------	---	-------------------	---

Opis uszkodzeń

Nr rejestracyjny:	Nr rejestracyjny:
-------------------	-------------------

Informacja o innych uczestnikach:

Ile osób oprócz kierującego znajdowało się w pojazdach w chwili zdarzenia?	W pojeździe poszkodowanym: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/>	W moim pojeździe: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/>
Czy osoby jadące pojazdami miały zapięte pasy bezpieczeństwa?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nie wiem <input type="checkbox"/>

Pozostałe informacje

Zostałem ukarany/pouczony przez (dane jednostki interweniującej na miejscu zdarzenia) mandatem karnym w wysokości Mandat przyjąłem/złożyłem odwołanie do	
Dochodzenie w sprawie prowadzi (dane jednostki prowadzącej postępowanie)	
Stan mojej trzeźwości był badany	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Wynik:
Stan trzeźwości osoby poszkodowanej był badany	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem Wynik:
Czy udzielano pomocy medycznej na miejscu zdarzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Proszę wskazać kto, jaki podmiot
Czy pojazd był holowany?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy osoba poszkodowana przyczyniła się do powstania szkody? Jeśli tak, w jaki sposób?	
Prawo jazdy posiadam od roku, kategorii, nr	
Inne uwagi lub spostrzeżenia osoby składającej oświadczenie	

Podpis Osoby składającej oświadczenie - Sprawcy

Dane i informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i moją najlepszą wiedzą.	Data i czytelny podpis składającego oświadczenie
---	--

Proszę wypełnić poniżej, jeżeli Osoba składająca powyższe oświadczenie (Sprawca) nie była właścicielem pojazdu, którym spowodowano szkodę

Oświadczam, że poniżej podpisana osoba (sprawca) w chwili zdarzenia kierowała moim pojazdem za moją wiedzą i zgodą.	Data i czytelny podpis posiadacza (właściciela) pojazdu
---	---

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest wefox Insurance AG z siedzibą w Vaduz, Liechtenstein, natomiast Unext Sp. z o.o. jest podmiotem przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe na zlecenie Administratora, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym likwidacji zgłaszanej szkody. Szczegółowe informacje o danych kontaktowych Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych Osobowych, a także o celach przetwarzania i podstawach prawnych przetwarzania danych osobowych, okresie przechowywania danych osobowych, odbiorcach danych oraz przysługujących Pani/Panu prawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, zawarte są w informacji o zasadach przetwarzania danych osobowych dostępnej na stronie www.unext.pl