

FORMULARZ ZGŁOSZENIA AWARII
UBEZPIECZENIE POKRYCIA KOSZTÓW NAPRAWY AWARII

Polisa/Potwierdzenie ubezpieczenia nr : _____		ważna od ____ - ____ - ____		do ____ - ____ - ____	
data Awarii: ____ - ____ - ____		Pakiet <input type="checkbox"/> "Diamentowy" <input type="checkbox"/> "Platynowy" <input type="checkbox"/> "Złoty" <input type="checkbox"/> "Srebrny"			

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko / Nazwa : _____
PESEL _____ Seria i numer dowodu osobistego _____
ulica _____ nr domu _____ nr lok _____
Kod pocztowy: ____ - ____ Miejscowość _____
Tel. stacjonarny (____) _____ - ____ - ____ Tel. komórkowy _____ - ____ - ____

DANE UŻYTKOWNIKA (proszę uzupełnić w przypadku, gdy inne niż dane Ubezpieczającego/Ubezpieczonego)

Imię i nazwisko _____
PESEL _____ Seria i numer dowodu osobistego _____
ulica _____ nr domu _____ nr lok _____
Kod pocztowy: ____ - ____ Miejscowość _____
Tel. stacjonarny (____) _____ - ____ - ____ Tel. komórkowy _____ - ____ - ____

DANE ASO

Nazwa _____
ulica _____ nr domu _____ nr lok _____
Kod pocztowy: ____ - ____ Miejscowość _____
Tel. stacjonarny (____) _____ - ____ - ____ Tel. komórkowy _____ - ____ - ____

DANE POJAZDU

Marka / Model _____
Nr nadwozia _____
Nr silnika _____

Nr rejestracyjny _____
Rodzaj skrzyni biegów _____
Wskazanie licznika (drogomierza) w km _____
Jestem podatnikiem podatku VAT tak nie

OPIS OKOLICZNOŚCI ZAISTNIENIA AWARII (proszę podać miejsce i okoliczności zdarzenia)

Ja niżej podpisany/-a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Cardif Assurances Risques Divers S.A., Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych dotyczących roszczenia z pośrednictwem nieszyfrowanej poczty elektronicznej. Jednocześnie oświadczam, że przekazywanie moich danych osobowych dotyczących roszczenia za pośrednictwem nieszyfrowanej poczty elektronicznej nie narusza moich praw wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., poz. 101, nr .926).

Miejscowość i data ____ - ____ - ____ Podpis osoby zgłaszającej _____