

# FORMULARZ ZGŁOSZENIA AWARII

## UBEZPIECZENIE PRZEDŁUŻONA GWARANCJA NA SAMOCHODY „GWARANTOWANE AUTO” PROGRAM DLA SAMOCHODÓW UŻYWANYCH

Polisa nr : VW101 / _____	ważna od ____ - ____ - _____	do ____ - ____ - _____
data awarii ____ - ____ - _____	Pakiet <input type="checkbox"/> "Platynowy" <input type="checkbox"/> "Złoty" <input type="checkbox"/> "Srebrny"	

### DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

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)

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)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Do niniejszego zgłoszenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- Książka gwarancyjna / serwisowa lub inny dokument potwierdzający przeglądy
- Dowód rejestracyjny pojazdu z informacją o przeglądach technicznych

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 \_\_\_\_\_