

Formularz zgłoszenia szkody GAP do polisy numer _____

click
4insurance

Rodzaj zdarzenia szkoda całkowita kradzież pojazdu
Likwidacja szkody z OC sprawcy z polisy AC

Szkoda z dnia _____

Wartość odszkodowania OC/AC: kwota odszkodowania _____
wartość pozostałości _____
wartość pojazdu _____

Dane pojazdu: marka, model _____
numer VIN _____
numer rejestracyjny _____ przebieg pojazdu (km) _____

Miejsce zdarzenia: _____

Opis zdarzenia: _____

Właściciel/ Leasingodawca

Imię i nazwisko / nazwa _____
PESEL/ NIP _____
Adres (ulica, nr) _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____
Telefon _____ e-mail _____

Współwłaściciel/ Leasingobiorca/ Użytkownik

Imię i nazwisko / nazwa _____
PESEL/ NIP _____
Adres (ulica, nr) _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____
Telefon _____ e-mail _____

Dane do wypłaty odszkodowania

Właściciel rachunku _____
Numer rachunku bankowego _____

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą oraz, że w ramach ochrony GAP nie otrzymałem ani nie czynię starań aby otrzymać odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego