

Nr zgłoszenia szkody: ____/_____
wypełnia InterRisk

Nr. szkody: 201_ - ____ - ____
wypełnia InterRisk

ZGŁOSZENIE SZKODY z Polisy nr _____

(ubezpieczenia transportowe)

CARGO OC Przewoźnika OC Spedytora

1. **Zgłaszający szkodę** (Imię, Nazwisko, Nazwa firmy): _____

Adres: _____

Nr. telefonu: _____, e-mail: _____

Numer identyfikacji podatkowej (NIP): _____ REGON _____

2. **Ubezpieczający:** (nazwa firmy): _____

Adres: _____

Nr. telefonu: _____, e-mail: _____

Numer identyfikacji podatkowej (NIP): _____ REGON _____

3. **Ubezpieczony** (nazwa firmy): _____

Adres: _____

Nr. telefonu: _____, e-mail: _____

Numer identyfikacji podatkowej (NIP): _____ REGON _____

4. **Data zdarzenia:** ____ - ____ - ____ **Godzina:** ____/____ **Data zgłoszenia:** ____ - ____ - ____

5. **Miejsce szkody:** _____

6. **Trasa przewozu** (skąd/dokąd): _____

7. **Przedmiot szkody:** _____

8. **Przyczyna szkody** (proszę opisać okoliczności w jakich doszło do szkody):

9. **Rodzaj transportu:** Lotniczy Morski Lądowy

10. **Sposób zabezpieczenia ładunku na czas przewozu** (opis) _____

11. **Adres miejsca, w którym znajduje się uszkodzony ładunek** _____

12. **Wartość przewożonego ładunku** _____ **Waga ładunku** _____

13. **Wartość roszczenia** (orientacyjna wartość poniesionej szkody) _____ **Waluta** _____

14. **Na czyje ryzyko wysłano ładunek:** Nadawcy Odbiorcy

15. **O zdarzeniu poinformowano Policję:** NIE TAK (w przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać adres i nr sprawy) _____

16. Nadawca / Odbiorca ładunku (nazwa firmy, adres, nr telefonu, e-mail)

| Nadawca | Odbiorca |
|-----------------------|-----------------------|
| Nazwa: _____ _____ | Nazwa: _____ _____ |
| Adres: _____ _____ | Adres: _____ _____ |
| Nr. telefonu: _____ | Nr. telefonu: _____ |
| e-mail: _____ | e-mail: _____ |

17. Dane dotyczące Przewoźnika / Przewoźników / Spedytora (nazwa firmy, adres, nr telefonu, e-mail)

| Spedytor | Podspedytor |
|-----------------------|---|
| Nazwa: _____ _____ | Nazwa: _____ _____ |
| Adres: _____ _____ | Adres: _____ _____ |
| Nr. telefonu: _____ | Nr. telefonu: _____ |
| e-mail: _____ | e-mail: _____ |
| Przewoźnik główny | Kolejny przewoźnik / Podwykonawca przewozu* |
| Nazwa: _____ _____ | Nazwa: _____ _____ |
| Adres: _____ _____ | Adres: _____ _____ |
| Nr. telefonu: _____ | Nr. telefonu: _____ |
| e-mail: _____ | e-mail: _____ |

18. Informacja na tematy Załadowcy / Wyładowcy ładunku (nazwa firmy, adres, nr telefonu, e-mail)

| Załadowca | Wyładowca |
|-----------------------|-----------------------|
| Nazwa: _____ _____ | Nazwa: _____ _____ |
| Adres: _____ _____ | Adres: _____ _____ |
| Nr. telefonu: _____ | Nr. telefonu: _____ |
| e-mail: _____ | e-mail: _____ |

19. Czy Poszkodowany z tytułu zaistniałej szkody otrzymał odszkodowanie od innego zakładu ubezpieczeń lub zgłosił szkodę do innego zakładu ubezpieczeń NIE TAK

(w przypadku odpowiedzi twierdzącej proszę podać nazwę zakładu ubezpieczeń oraz nr polisy z jakiej zgłoszono szkodę)

20. Do zgłoszenia załączono następujące dokumenty:

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|----------|
| 1. List przewozowy (oryginał / kopia) | NIE <input type="checkbox"/> | TAK <input type="checkbox"/> | nr _____ |
| 2. Zlecenie spedycyjne | NIE <input type="checkbox"/> | TAK <input type="checkbox"/> | nr _____ |
| 3. Zlecenie transportowe | NIE <input type="checkbox"/> | TAK <input type="checkbox"/> | nr _____ |
| 4. Protokół o stanie przesyłki | NIE <input type="checkbox"/> | TAK <input type="checkbox"/> | nr _____ |
| 5. Specyfikacja ilościowo wartościowa ładunku | NIE <input type="checkbox"/> | TAK <input type="checkbox"/> | nr _____ |
| 6. Szczegółowy rachunek strat | NIE <input type="checkbox"/> | TAK <input type="checkbox"/> | |
| 7. inne _____ | | | |

* niepotrzebne skreślić

21. Uwagi i informacje dodatkowe Zgłaszającego

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 późn. zm.) informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą przy ul. Noakowskiego 22 00-668 Warszawa w celu i zakresie realizacji procesu likwidacji szkody. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

OŚWIADCZENIA ZGŁASZAJĄCEGO

1. Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie dane w niniejszym zgłoszeniu są prawdziwe
2. W związku z tym, że likwidacja szkody może wymagać współpracy InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z profesjonalnymi rzeczoznawcami zewnętrznymi, zgodnie z art. 23.1.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przekazywanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, niezbędnych w procesie likwidacji szkody, innym podmiotom prawa polskiego, którym InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group zleca czynności w zakresie likwidacji szkód.
3. Wyrażam zgodę na kontakt e-mailowy w sprawie zgłoszonej szkody.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis (pieczęć)
przyjmującego zgłoszenie

.....
Czytelny podpis (pieczęć)
zgłaszającego szkodę