**ZGŁOSZENIE SZKODY**

**WYPEŁNIA POSZKODOWANY:**

**Imię, nazwisko / nazwa** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………….**PESEL /REGON**………………………………………………………………………………………………………

**Telefon** ………………………………………………………**adres e – mail** ……………………………………………………………………………………………………….

**Ulica, numer domu, numer lokalu:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Miejscowość**:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DATA WYSTĄPIENIA SZKODY** / dzień, miesiąc, rok / …………………………………………………………………………………………………………

**MIEJSCE SZKODY** / miejscowość, ulica, numer domu i lokalu /………………………………………………………………………………………………

...............................................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**OPIS USZKODZEŃ:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

...............................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**SZACOWANA SUMA STRAT**:…………………………………………………………….. ZŁ

**PRZYCZYNA SZKODY:**  :……………………………………………………………..:……………………………………………………………..

**SPRAWCA SZKODY**

**Wspólnota Mieszkaniowa ……………………………………………………………………………; 55-100 Trzebnica**

**NIP** ………………………………………………**; REGON** ………………………………………**,**

Telefon: **71 387 06 60; +48 783 777 993** adres e-mail: **biuro@adamek.trzebnica.com**

Ulica, nr domu, nr lokalu: **ul. Obrońców Pokoju 17/2**

Miejscowość: **55-100 Trzebnica**

**WNIOSKUJE O WYPŁACENIE NALEŻNEGO ODSZKODOWANIA:**

1. Przekazem pocztowym na adres podany w punkcie **DANE POSZKODOWANEGO** zgłoszenia szkody.

2. Przelewem na rachunek bankowy:

Numer ................................................................................................................................................................................

Dane właściciela rachunku bankowego .............................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Mogę / nie mogę odliczyć podatek VAT w wysokości .......................................................................................................

**INFORMACJE O POSIADANYM UBEZPIECZENIU**

1. ~~Posiadam/ nie posiadam polisę ubezpieczenia w zakładzie ubezpieczeń innym niż UNIQA TU SA.~~

~~Nazwa …………………………………………………………………Polisa nr ...........................................................~~

1. Oświadczam, ~~że otrzymałem~~ / nie otrzymałem odszkodowania od sprawcy szkody.
2. Oświadczam, ~~że otrzymałem~~ / nie otrzymałem odszkodowania z zakładu ubezpieczeń.

**Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.**

***........................................................................... .......................................................................***

Miejscowość, data Czytelny podpis osoby poszkodowanej

**OŚWIADCZENIA POSZKODOWANEGO**

**-** Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z zasadami przetwarzania danych osobowych, wskazanymi w załączonym dokumencie „ Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w UNIQA T.U. S.A. „. Przedmiotowe informacje opisują w całości zasady przetwarzania przedmiotowych danych, a w konsekwencji nie wszystkie treści w nich zawarte mogą mieć zastosowanie w indywidualnej sprawie. Informacje są również publicznie dostępne na stronie internetowej Towarzystwa pod adresem: [www.uniqa.pl/o-nas/dane-osobowe](http://www.uniqa.pl/o-nas/dane-osobowe).

**-** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym piśmie/ formularzu, w celu wykonania przez UNIQA TU SA obowiązków wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia. Dane mogą zostać przekazane podmiotom wskazanym w ustawie z dnia 11 września 2015 o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ( Dz.U. z 2015 r poz.1844 ). Zgoda ta jest niezbędna do realizacji procesu likwidacji szkody oraz wypłaty odszkodowań i świadczeń.

**-** Wyrażam zgodę na składanie przez UNIQA TU SA oświadczeń i przekazywanie informacji związanych ze złożonym za pośrednictwem niniejszego pisma/formularza, w szczególności z procesem likwidacji szkody, przy użyciu telefonu, na numer telefonu wskazany w piśmie/formularzu lub w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na wskazany w piśmie/formularzu adres poczty elektronicznej oraz do udzielania odpowiedzi na wskazany adres e-mail zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

...................................................................................... ................................................................................

Miejscowość, data czytelny podpis osoby poszkodowanej

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**WYPEŁNIA ZARZĄDCA**

**DANE DO KONTAKTU:**

**Administrator: Elżbieta i Maciej Adamek S.C. Zarządzanie i Obrót Nieruchomościami**

**ADRES DO KORENSPONDENCJI: ul. Obrońców Pokoju 17/2; 55-100 Trzebnica**

**E-MAIL**: [biuro@adamek.trzebnica.com](mailto:biuro@adamek.trzebnica.com)

**TELEFON: +48 783 777 993 / +48 71 387 04 60**

**UBEZPIECZENIE:**

1. ~~Polisa ubezpieczenia mienia w~~ **~~UNIQA T.U.~~** ~~Nr~~ **~~…………………………………………………………….~~**

2. Polisa OC w UNIQA T.U. Nr Polisa OC nr ………………………………………

**POTWIERDZENIE WYSTĄPIENIA SZKODY:**

…...................................................................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................