



Zgłoszenie szkody z odpowiedzialności cywilnej

Informacje ogólne

Ubezpieczony/ Insured:

Poszkodowany/ Claimant:

Nr polisy / Policy no:

**Miejsce wystąpienia szkody /
Place of loss:**

Data szkody / Date of loss:

Data zgłoszenia / Notification date:

Przyczyna szkody / Cause of loss:

Opis szkody / Description of loss:

Przedmiot szkody / Subject of loss:

**Wstępna wartość szkody. Kwota
roszczenia /
Loss value. Requested amount:**

**Czy policja/ straż pożarna/
pogotowie/ inne instytucje
były wzywane (prosimy
załączyć raport i podać adres
jednostki, nr sprawy)/
Police/Fire brigade/
Ambulance/ Others report:**

**Świadkowie zdarzenie /
Witnesses:**

CHUBB®

**Osoba kontaktowa ze strony
poszkodowanego, dane
teleadresowe, e-mail /
Claimant's contact details:**

**Osoba kontaktowa ze strony
ubezpieczonego, dane
teleadresowe, e-mail /
Insured's contact details:**

Podpis Poszkodowanego
Claimant's signature

Podpis Ubezpieczonego
Insured's signature

Podpis zgłaszającego
Reporting party signature