



No.roszczenia: _____

ZGŁOSZENIE WYPADKU
MUSI BYĆ WYPEŁNIONY PRZEZ KIEROWCĘ I PODPISANY PRZEZ KIEROWCĘ I
POSIADACZA POLISY

Imię i nazwisko ubezpieczonego: _____

No. Social Security: _____ No. polisy ubezpieczeniowej: _____

Adres zamieszkania: _____

Miejscowość: _____ No. strefy: _____

Stan: _____ Kod pocztowy: _____ No. telefonu: _____

Czy to jest nowy adres? Tak ___ Nie ___

Adres miejsca zatrudnienia: _____

Telefon w miejscu zatrudnienia: _____

SZCZEGÓŁY WYPADKU

Data wypadku: _____ Czas wypadku: _____ przed południem (a.m.): _____
po południu (p.m.): _____

Miejsce wypadku: _____

Kierunek jazdy: _____ Na jakiej ulicy: _____

Kierunek jazdy drugiego pojazdu: _____ Na jakiej ulicy: _____

Czy zgłoszono na policję? Tak: ___ Nie: ___ No. protokołu: _____

W jurysdykcji wydziału policji jakiej miejscowości: _____

Wystawione mandaty: Tak: ___ Nie: ___ Jeśli tak to komu? _____

Zarzut: _____

Który pojazd wjechał na skrzyżowanie jako pierwszy: _____

Obowiązujące ograniczenie szybkości: _____ Czy widoczność była przysłonięta? _____

Czy któryś z kierowców wziął na siebie odpowiedzialność za spowodowanie wypadku?

Pan(i): _____ Kierowca drugiego pojazdu: _____

Czy były jakieś oznaki, że ktoś był w stanie odurzenia (alkohol, narkotyki)?

W Pana(i) pojeździe: _____ W drugim pojeździe: _____

Claims
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7505

4245 N. Knox Ave., Chicago, Illinois 60641

Underwriting
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7501

**WARUNKI DROGOWE****ŚRODKI REGULACJI RUCHU**

Sucho: ___ Ślisko: ___ Znak stopu: ___ Światła regulacyjne: ___ Dzienna pora dnia: ___

Mokro: ___ Błotniście: ___ Całkowity brak środków regulacji: ___ Zmierzch: ___

OPIS PROWADZONEGO PRZEZ PANA/PANIA POJAZDU (POJAZD "A")

Marka: _____ Typ nadwozia: _____ Model: _____

Rocznik: _____ No. seryjny: _____ No. rejestracyjny: _____

Pojazd na własność: Tak: ___ Nie: ___ jeśli pożyczony proszę zaznaczyć: ___

Jeśli pojazd był wynajęty lub pożyczony, czy był ubezpieczony: Tak: ___ Nie: ___

Szacunkowe szkody w Pana(i) pojeździe: _____

Gdzie można zobaczyć pojazd? _____

Imię i nazwisko kierowcy: _____ Wiek: ___

Adres zamieszkania: _____

Miejscowość: _____ Stan: ___ No. telefonu: _____

Zarejestrowany właściciel pojazdu: _____

Adres zamieszkania: _____ No. telefonu: _____

Liczba pasażerów w pojeździe: ___

Czy przewoził Pan(i) swoich pracowników: Tak: ___ Nie: ___

Czy w pojeździe byli pracownicy: Tak: ___ Nie: ___

Czy pojazd był używany w celu przewozu pracowników? Tak: ___ Nie: ___

Imię i nazwisko pasażera, adres zamieszkania i no. telefonu:

Imię i nazwisko pasażera, adres zamieszkania i no. telefonu:

OPIS DRUGIEGO POJAZDU (POJAZD "B")

Marka: _____ Typ nadwozia: _____ Model: _____

Rocznik: _____ No. seryjny: _____ No. rejestracyjny: _____

Claims
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7505

4245 N. Knox Ave., Chicago, Illinois 60641

Underwriting
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7501



Imię i nazwisko kierowcy: _____ No. prawa jazdy: _____

Adres zamieszkania: _____

Wiek: ____ No. telefonu: _____

Zarejestrowany właściciel pojazdu: _____

Adres zamieszkania: _____ No. telefonu: _____

Imię i nazwisko pasażera, adres zamieszkania i no. telefonu:

Imię i nazwisko pasażera, adres zamieszkania i no. telefonu:

Ubezpieczenie: Tak: ____ Nie: ____ Nazwa ubezpieczalni: _____

No. polisy ubezpieczeniowej: _____ Szacunkowe szkody w pojeździe: _____

OPIS TRZECIEGO POJAZDU (POJAZD "C")

Marka: _____ Typ nadwozia: _____ Model: _____

Rocznik: _____ No. seryjny: _____ No. rejestracyjny: _____

Imię i nazwisko kierowcy: _____ No. prawa jazdy: _____

Adres zamieszkania: _____

Wiek: ____ No. telefonu: _____

Zarejestrowany właściciel pojazdu: _____

Adres zamieszkania: _____ No. telefonu: _____

Imię i nazwisko pasażera, adres zamieszkania i no. telefonu:

Imię i nazwisko pasażera, adres zamieszkania i no. telefonu:

Ubezpieczenie: Tak: ____ Nie: ____ Nazwa ubezpieczalni: _____

Claims
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7505

4245 N. Knox Ave., Chicago, Illinois 60641

Underwriting
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7501



No. polisy ubezpieczeniowej: _____ Szacunkowe szkody w pojeździe

Pojazd A: _____ Pojazd B: _____ Pojazd C: _____

Imię i nazwisko poszkodowanego: _____

Adres zamieszkania: _____

Wiek: _____ No. telefonu: _____

Opis obrażeń: _____

Nazwa szpitala do którego został(a) przewieziony(a): _____

Kto przewiózł do szpitala: _____

Pojazd A: _____ Pojazd B: _____ Pojazd C: _____

Imię i nazwisko poszkodowanego: _____

Adres zamieszkania: _____

Wiek: _____ No. telefonu: _____

Opis obrażeń: _____

Nazwa szpitala do którego został(a) przewieziony(a): _____

Kto przewiózł do szpitala: _____

Pojazd A: _____ Pojazd B: _____ Pojazd C: _____

Imię i nazwisko poszkodowanego: _____

Adres zamieszkania: _____

Wiek: _____ No. telefonu: _____

Opis obrażeń: _____

Nazwa szpitala do którego został(a) przewieziony(a): _____

Kto przewiózł do szpitala: _____

ŚWIADKOWIE

Imię i nazwisko świadka: _____

Claims
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7505

4245 N. Knox Ave., Chicago, Illinois 60641

Underwriting
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7501



Adres zamieszkania: _____

No. telefonu: _____

Imię i nazwisko świadka: _____

Adres zamieszkania: _____

No. telefonu: _____

Proszę opisać własnymi słowami przebieg wypadku: _____

Multiple horizontal lines for describing the accident details.

PROSZĘ SPORZĄDZIĆ RYSUNEK WYPADKU

LEGENDA

Pana(i) pojazd [A]>

Drugi pojazd [B]>

Trzeci pojazd [C]>

Znak stopu O

Światła drogowe □ N – północ S – południe E – wschód W - zachód



Ciągłą linią za każdym pojazdem proszę pokazać ruch i kierunek w miejscu wypadku →

Claims
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7505

4245 N. Knox Ave., Chicago, Illinois 60641

Underwriting
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7501



Czy ubezpieczony przekazał władzom stanowym informacje o odpowiedzialności finansowej?

Tak: ____ Nie: ____

X _____
Podpis kierowcy Data

X _____
Podpis posiadacza polisy

Claims
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7505

4245 N. Knox Ave., Chicago, Illinois 60641

Underwriting
Tel. (773) 299-7500
Fax (773) 299-7501