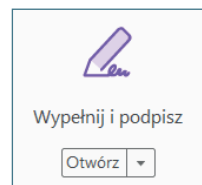
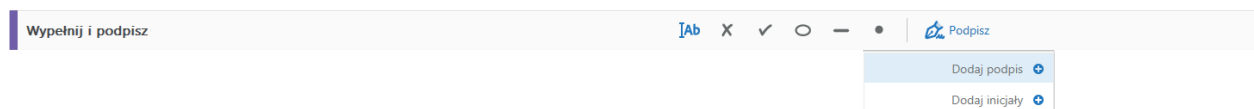


Instrukcje dotyczące wypełniania i podpisywania formularzy PDF

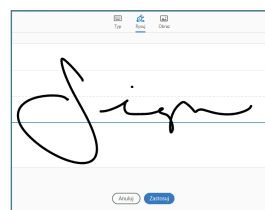
- 1 Otwórz formularz PDF w programie Adobe Acrobat Reader.
- 2 Wybierz opcję -> Wypełnij i podpisz.



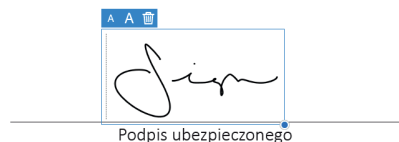
- 3 Po otwarciu narzędzia, uzupełnij tekst w polach z niebieskim tłem. W polach wyboru zaznacz właściwe odpowiedzi. Tylko w przypadku wybrania opcji "inne" będziesz mógł podać szczegóły.
- 4 Po uzupełnieniu wszystkich pól oprócz podpisu, kliknij "Zarejestruj" i "Dodaj podpis" na pasku nad dokumentem.



- 5 Po kliknięciu, będziesz mógł otworzyć okno z opcjami podpisu, wybierz "Rysuj" i zarejestruj.



- 6 Następnie umieść swój podpis.



- 7 Zapisz dokument, wyślij go na adres info@defendinsurance.pl, a my się z Tobą skontaktujemy najszybciej jak to możliwe.



Informacje dla ubezpieczonego:

1. Część B powinna zostać wypełniona i przesłana do Administratora niezwłocznie po zakończeniu procesu likwidacji szkody przez Ubezpieczyciela Podstawowego, wraz z wszystkimi wymaganymi dokumentami.
2. Proszę wypełnić wszystkie części formularza i upewnić się, że podane informacje są prawidłowe. Jeśli jest to konieczne, do formularza można dołączyć dodatkowe informacje na piśmie. Proszę nie zapomnieć o załączeniu innych wymaganych dokumentów.
3. Niekompletny lub niepodpisany (na każdej stronie) formularz nie zostanie przyjęty przez Administratora. Procedura likwidacji szkody rozpoczyna się dopiero po dostarczeniu kompletnego i podpisanego przez Ubezpieczonego formularza.
4. Podczas korespondencji i kontaktu z Administratorem proszę zawsze podawać numer szkody (podany na potwierdzeniu zgłoszenia szkody) oraz numer polisy GAP.
5. Wszystkie pojęcia używane w niniejszym formularzu mają takie samo znaczenie jak wskazane w warunkach ubezpieczenia.

Wypełniony i podpisany formularz wraz z kosztorysem naprawy proszę przesłać na adres e-mail: szkody@defendinsurance.pl, lub pocztą na adres: DEFEND INSURANCE Sp. z o.o., ul. Ligocka 103, 40-568 Katowice.

Numer polisy: Numer szkody (z potwierdzenia rejestracji):

Dane ubezpieczonego

Nazwa* / nazwisko ubezpieczonego / upoważnionego*:

NIP* / Numer PESEL ubezpieczonego/ upoważnionego*:

Telefon:

E-mail:

Adres korespondencyjny:

(*). Jeśli ubezpieczony jest osobą prawną proszę podać dane osoby upoważnionej do reprezentacji lub ustanowionej do tego celu pełnomocnika.

Odszkodowanie Ubezpieczyciela Podstawowego

Nazwa Ubezpieczyciela Podstawowego: Wartość rynkowa ustalona przez Ubezpieczyciela Podst.:

Rodzaj ubezpieczenia podstawowego (autoscaso, OC ...): Odszkodowanie od Ubezpieczyciela Podst.:

Przyczyny obniżenia odszkodowania: Wysokość obniżenia odszkodowania:

Udział własny, inny niż DEFEND Gap, jeśli TAK, czy jest możliwość pokrycia Wysokość udziału własnego:

z innego ubezpieczenia (jakiego?): Łączna kwota z innych tytułów ubezpieczenia (**):

Nabywca pozostałości pojazdu - nazwa: Wartość pozostałości pojazdu określona przez Ubezpieczyciela Podst.:

Nabywca pozostałości pojazdu kontakt (tel.): Cena sprzedaży pozostałości pojazdu z umowy sprzedaży:

(**) Proszę wpisać sumaryczną wysokość wszystkich innych odszkodowań jakie mogą zostać lub zostały wypłacone w związku z zaistniałą szkodą.

Dane do wypłaty odszkodowania:

Nazwa banku: Numer rachunku bankowego (26 cyfr)

Posiadacz rachunku:

Załączniki do formularza zgłoszenia szkody (do uzupełnienia zgodnie z wymogami określonymi przez Administratora):

- Kopia protokołu policyjnego lub innego podobnego dokumentu.
- Kopia decyzji o wypłacie odszkodowania przez Ubezpieczyciela Podstawowego (wraz z wszystkimi załącznikami).
- Kopia umowy sprzedaży pozostałości pojazdu (dotyczy wypadku lub szkody na skutek kłęski żywiołowej).
- Kopia dokumentu potwierdzającego wyrejestrowanie pojazdu (dotyczy wypadku lub szkody na skutek kłęski żywiołowej).
- Inne dokumenty:
- Inne dokumenty:

Ja, niżej podpisany, potwierdzam, że wszystkie podane informacje, dane, dokumenty i oświadczenia złożone w związku ze zgłoszoną szkodą są prawdziwe i kompletne. Oświadczam, że posiadam wiedzę, iż świadome przekazywanie fałszywych informacji stanowi przestępstwo.

..... dnia.....

Podpis ubezpieczonego