Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej   
adwokata / kancelarii prawnej / aplikanta

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Sekcja „Ubezpieczony”:**  *Dane ubezpieczonego:* | | | |
| **Imię i nazwisko:** |  | | |
| Numer wpisu |  | | |
| **Dane kontaktowe:** | | | |
| Adres e-mail: |  | | |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: | Poczta: |
| Ulica: | Nr domu: | Nr lokalu: |
| **Czy Ubezpieczony posiadał prawo wykonywania zawodu w dacie błędu zawodowego?**  TAK  NIE | | | |
| **Czy przeciwko Ubezpieczonemu wszczęto w związku ze szkodą postępowanie karne, administracyjne, dyscyplinarne?**  TAK  NIE | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. Sekcja „Szkoda”:** | | | | |
| **Rodzaj polisy** | Podstawowa | | Nadwyżkowa | |
| **Numer polisy** | | | | |
| **Nazwa Ubezpieczyciela** | | | | |
| **Czy szkoda została zgłoszona z tytułu innego ubezpieczenia lub do innego Ubezpieczyciela?**  TAK  NIE | | | | |
| **Orientacyjna data uchybienia skutkującego powstaniem szkody (informacja wymagana)** | |  | | |
| **Data udzielenia pełnomocnictwa/ data wyznaczenia adwokata/ data podpisania umowy z klientem** | |  | | |
| **Szacunkowa wartość roszczenia** | |  | | |
| **Uzasadnienie szacunkowej wartości roszczenia** | |  | | |
| **Szczegółowy opis szkody** | | | | |
| **Postępowanie, w którym Ubezpieczony reprezentował Poszkodowanego:** | | | | |
| **Sygnatura sprawy:** | **Nazwa Organu:** | | | **Krótki opis sprawy:** |
|  |  | | |  |
| **Czy Poszkodowany przyczynił się do powstania szkody?** | TAK | | | NIE |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Sekcja „Dane Poszkodowanego:”** | | | | | | |
| **Status prawny:** |  | **lub** | **Nazwa\*** |  | | |
| **Imię\*:** |  | **NIP\*** |  | | |
| **Nazwisko\*:** |  | **REGON** |  | | |
| **PESEL:** |  | **Płatnik VAT** | TAK | | NIE |
| **Adres e-mail:** | | | | | | |
| **Nr telefonu:** | | | | | | |
| **Adres:** | Miejscowość: | | Kod pocztowy: | | Poczta: | |
| Ulica: | | Nr domu: | | Nr lokalu: | |
| **Adres do korespondencji** | Miejscowość: | | Kod pocztowy: | | Poczta: | |
| Ulica: | | Nr domu: | | Nr lokalu: | |
| **Czy Poszkodowany jest powiązany z Ubezpieczonym?** | | | TAK | | NIE | |

*\* Pole wymagane*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nr rachunku bankowego, na który powinno zostać wypłacone odszkodowanie w przypadku przyjęcia odpowiedzialności za szkodę:** |  |
| **Dane właściciela rachunku bankowego:** |  |

|  |
| --- |
| **IV. Sekcja „Wymagane dokumenty”**  *Załącz dokumenty dotyczące zdarzenia. W procesie likwidacji szkody mogą być wymagane m.in.:*   * Roszczenie/ pozew/ wezwanie do zapłaty * Stanowisko Ubezpieczonego   *W trakcie dalszej analizy sprawy, konieczne może okazać się uzupełnienie dokumentacji, jeśli będzie taka potrzeba to zostaniecie Państwo o tym poinformowani.* |

*\* Pole wymagane*