

BRE Leasing S.O.S.
00-963 Warszawa
ul. Ks. Skorupki 5
tel. +48 (0) 22 444 71 44
fax +48 (0) 22 583 76 30
e-mail: sos@breubezpieczenia.pl

Zgłoszenie szkody całkowitej kasacyjnej

Nazwa i adres Leasingobiorcy* (ew. pieczętka firmowa)	
Adres do korespondencji*	
Osoba do kontaktu* (imię i nazwisko, numer telefonu i faxu, e-mail)	
Numer rejestracyjny pojazdu, marka, model*	
Numer umowy leasingu*	
Data, miejsce, okoliczności zdarzenia*	
Szkoda likwidowana z:*	<input type="checkbox"/> OC sprawcy <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> wstępnie AC (regres)
Nazwa i adres Zakładu Ubezpieczeń likwidującego szkodę*	
Numer szkody w Zakładzie Ubezpieczeń*	
Numer polisy AC (przy szkodzie likwidowanej z AC)*	
Nazwisko Likwidatora w Zakładzie Ubezpieczeń (bezpośredni numer telefonu)	
Przebieg pojazdu (ok.)	
Wiek pojazdu	
Wyposażenie dodatkowe (jeśli tak – jakie?)	
Czy dowód rejestracyjny został zatrzymany przez Policję?*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Gdzie znajduje się pojazd (nazwa i adres)?*	

* pola obowiązkowe

.....

Data i czytelny podpis zgłaszającego szkodę