

Nasza innowacyjna technologia napraw jest rekomendowana przez **największe światowe koncerny samochodowe.**



Pamiętaj!

Decyzja, gdzie będzie naprawiany samochód należy do Ciebie *

*Ubezpieczyciel nie może narzucić warsztatu naprawy. Sam decydujesz, w którym warsztacie chcesz dokonać naprawy swojego samochodu. **Zadbaj o bezpieczną naprawę swojego samochodu.**



www.autoforma.com

Znajdziesz nas również na:

 [teslabodyshopwarszawa](https://www.instagram.com/teslabodyshopwarszawa)



ul. Prosta 109, Kawęczynek
05-520 Konstancin-Jeziorna

+48 536 536 535



pomoc na miejscu kolizji



odbiór samochodu z miejsca kolizji



zgłoszenie kolizji oraz dopełnienie wszelkich formalności



współpraca ze wszystkimi ubezpieczycielami



rozliczenia bezgotówkowe



samochody zastępcze



szybkie terminy realizacji



AUTOFORMA

PREMIUM BODY SHOP

„Autoforma – bezpieczne naprawy” pozwala w wielu przypadkach na usuwanie uszkodzeń bez konieczności wymian elementów czy ich wycinania. Chcemy, aby nasi klienci byli świadomi, że wycinanie elementu jest ingerencją w konstrukcję i nawet przy zastosowaniu najlepszych spawarek jest to ingerencja, która osłabia i obniża bezpieczeństwo przy użytkowaniu pojazdu. Postaw na bezpieczeństwo swojej naprawy w rękach profesjonalistów.

1 Data zdarzenia: _____

Godzina: _____

Miejsce zdarzenia (województwo, powiat, gmina, miejscowość, ulica): _____

Osoby Ranne:
TAK NIE **2 TWOJE DANE**
Wypełnia kierujący pojazdem A**Ubezpieczony** (wg dowodu/polisy ubezpieczenia*)

Imię Nazwisko / Nazwa Firmy _____

NIP (jeśli Firma) _____

Adres: _____

Kod pocztowy: ____-____-____ Kraj: _____

Tel./e-mail: _____

POJAZD SILNIKOWY Marka, typ: _____

Nr rejestracyjny: _____ Kraj rejestracji: _____

Numer polisy ubezpieczenia:

ważna od _____ do _____

Nazwa ubezpieczyciela: _____

Numer Polisy _____

Dane kierującego pojazdem (wg prawa jazdy)

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL _____

Adres: _____

Kod pocztowy: ____-____-____ Kraj: _____

Tel./e-mail: _____

Nr prawa jazdy: _____ Kategorie: _____

Data ważności prawo jazdy: _____

3

TWOJE DANE
Wypełnia kierujący pojazdem B**Ubezpieczony** (wg dowodu/polisy ubezpieczenia*)

Imię Nazwisko / Nazwa Firmy _____

NIP (jeśli Firma) _____

Adres: _____

Kod pocztowy: ____-____-____ Kraj: _____

Tel./e-mail: _____

POJAZD SILNIKOWY Marka, typ: _____

Nr rejestracyjny: _____ Kraj rejestracji: _____

Numer polisy ubezpieczenia:

ważna od _____ do _____

Nazwa ubezpieczyciela: _____

Numer Polisy _____

Dane kierującego pojazdem (wg prawa jazdy)

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL _____

Adres: _____

Kod pocztowy: ____-____-____ Kraj: _____

Tel./e-mail: _____

Nr prawa jazdy: _____ Kategorie: _____

Data ważności prawo jazdy: _____

4

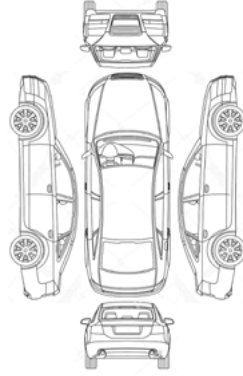
Świadkowie

(imiona, nazwiska, adresy, tel.): _____

5

Opis okoliczności zdarzenia (czy pojazd A/B był: zaparkowany, zatrzymany, ruszał z miejsca, otwierał drzwi, wyjeżdżał lub wjeżdżał na parking/teren prywatny, włączył się do ruchu okrężnego, uderzył w tył pojazdu jadącego tym samym pasem ruchu, jechał w tym samym kierunku, ale innym pasem ruchu, zmienił pas ruchu, wyprzedzał, cofał, zawracał, nie ustąpił pierwszeństwa przejazdu/pieszemu, jechał na czerwonym świetle, jechał z nadmierną prędkością, nawierzchnia była sucha/mokra, warunki dobre/opady deszczu, śniegu/mgła/silny wiatr, widoczność dobra/zła, dzień/noc):

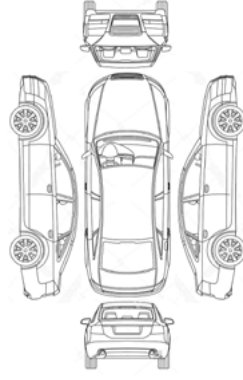
6

Zaznacz miejsce uderzenia
w Twoim samochodzie:

7

Szkieł okoliczności zdarzenia:

8

Zaznacz miejsce uderzenia
w drugim samochodzie:

Oświadczam, że w chwili zaistnienia szkody nie znajdowałem(am) się w stanie nietrzeźwości ani pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.

TWÓJ PODPIS (kierującego pojazdem A): _____**TWÓJ PODPIS** (kierującego pojazdem B): _____