

# Zgłoszenie szkody

OC ( Rzeczowa,  Osobowa)\*

Auto-Casco;  NWK\*

Numer szkody \_\_\_\_\_

## Dane dotyczące szkody

Data i godzina szkody: \_\_\_\_\_

Miejsce powstania szkody: \_\_\_\_\_

## Dane polisy<sup>1</sup>

Seria i numer polisy: \_\_\_\_\_

Okres ubezpieczenia: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

## Dane osobowe: Poszkodowany (właściciel)

Imię i nazwisko lub Nazwa firmy\*\*:

Adres: \_\_\_\_\_  
ulica, numer domu kod pocztowy miejscowość

PESEL/REGON: \_\_\_\_\_ Tel. lub e-mail: \_\_\_\_\_

## Dane osobowe: Sprawca (właściciel)

Imię i nazwisko lub Nazwa firmy\*\*:

Adres: \_\_\_\_\_  
ulica, numer domu kod pocztowy miejscowość

PESEL/REGON: \_\_\_\_\_ Tel. lub e-mail: \_\_\_\_\_

## Dane osobowe: Poszkodowany (kierujący)

Imię i nazwisko:

Adres: \_\_\_\_\_  
ulica, numer domu kod pocztowy miejscowość

PESEL/REGON: \_\_\_\_\_ Tel. lub e-mail: \_\_\_\_\_

## Dane osobowe: Sprawca (kierujący)

Imię i nazwisko:

Adres: \_\_\_\_\_  
ulica, numer domu kod pocztowy miejscowość

PESEL/REGON: \_\_\_\_\_ Tel. lub e-mail: \_\_\_\_\_

## Dane pojazdu: Poszkodowany

Marka, typ i model: \_\_\_\_\_

Numer nadwozia (VIN): \_\_\_\_\_ Numer rejestracyjny: \_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_

Przebieg pojazdu:  km  mile\* \_\_\_\_\_

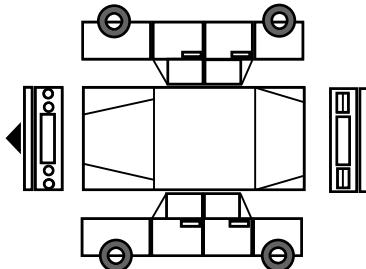
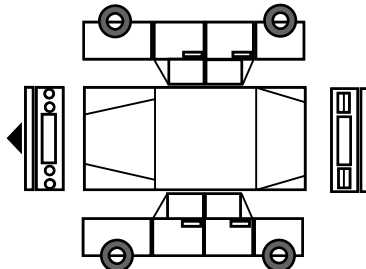
## Dane pojazdu: Sprawca

Marka, typ i model: \_\_\_\_\_

Numer nadwozia (VIN): \_\_\_\_\_ Numer rejestracyjny: \_\_\_\_\_ Rok produkcji: \_\_\_\_\_

Przebieg pojazdu:  km  mile\* \_\_\_\_\_

## Uszkodzenia pojazdu (Zaznaczyć znakiem „X” uszkodzone części pojazdów)

Poszkodowany	Sprawca
	

Gdzie obecnie znajduje się uszkodzony pojazd? \_\_\_\_\_

\* właściwe zaznaczyć \*\* niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> Jeżeli szkoda zgłaszana jest z ubezpieczenia OC, należy wpisać dane z polisy sprawcy szkody.



## Szkic sytuacyjny

## Rodzaj i szacunkowa wysokość roszczeń

## Informacje dodatkowe

Czy na miejscu zdarzenia była policja?  tak  nie\*

Czy na miejscu zdarzenia była straż pożarna?  tak  nie\*

Czy na miejscu zdarzenia było pogotowie ratunkowe?  tak  nie\*

Czy byli świadkowie zdarzenia?  tak  nie\*

Czy poszkodowany jest podatnikiem podatku VAT?  tak  nie\*

Czy na pojeździe jest zastaw?  tak  nie\*

Czy pojazd przed kolizją posiadał nienaprawione uszkodzenia?  tak  nie\*

Czy pojazd posiada ubezpieczenie Auto-Casco i w jakim zakładzie ubezpieczeń?  tak  nie\*

## Wypełnia kierujący pojazdem poszkodowanego

Oświadczam, że kierując w dniu \_\_\_\_\_ pojazdem marki \_\_\_\_\_ nr rej. \_\_\_\_\_ nie/znajdowałem/am/\*\* się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, oraz posiadałem/am/\*\* wymagane prawem polskim dokumenty uprawniające do prowadzenia wyżej wymienionego pojazdu.

\_\_\_\_\_  
data i podpis składającego oświadczenie

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie: \_\_\_\_\_, Seria \_\_\_\_\_ Numer: \_\_\_\_\_  
wymienić dokument tożsamości

Wydany przez: \_\_\_\_\_ Dnia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
data i podpis pracownika HDI Asekuracja TU S.A. przyjmującego oświadczenie

## Wypełnia poszkodowany

Odszkodowanie z tytułu szkody proszę wypłacić przelewem.

Nazwa banku: \_\_\_\_\_

Numer konta bankowego: \_\_\_\_\_

Oświadczam że z tytułu zgłoszonej szkody w której uczestniczył mój samochód obecnie nie ubiegam się, ani nie będę ubiegać się o odszkodowanie z innego Towarzystwa Ubezpieczeniowego. Samochód będący przedmiotem zgłoszenia powyżej opisanej szkody, został użyty za moją wiedzą i zgodą Pana (Pani)\*\* \_\_\_\_\_

## Wypełnia poszkodowany w przypadku zgłoszenia szkody z ubezpieczenia Auto-Casco

Oświadczam, że w przypadku stwierdzenia u kierującego w dniu \_\_\_\_\_ pojazdem marki \_\_\_\_\_ nr rej. \_\_\_\_\_ stanu nietrzeźwości, działania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, bądź braku wymaganego prawem polskim dokumentu uprawniającego do prowadzenia wyżej wymienionego pojazdu, zobowiązuję się zwrócić wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od daty wezwania przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

\_\_\_\_\_ data i podpis składającego oświadczenie

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów marketingowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie, dla celów marketingu usług oferowanych przez HDI Asekuracja TU S.A. oraz HDI-Gerling Życie TU S.A. (zwane dalej Spółkami Grupy HDI), w tym na prowadzenie badań marketingowych wyłącznie na potrzeby Spółek Grupy HDI. Zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości, pod warunkiem braku zmiany celu przetwarzania.

\_\_\_\_\_ data i podpis składającego oświadczenie

## Oświadczenia o wyrażeniu zgody na posługiwanie się środkami komunikacji elektronicznej

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, informacji związanych z likwidacją szkody, prowadzenie badań marketingowych oraz otrzymywanie propozycji zawarcia umów ubezpieczenia za pomocą środków komunikacji elektronicznej od wskazanych wyżej Spółek Grupy HDI, na podane przeze mnie dane teleadresowe.

\_\_\_\_\_ data i podpis składającego oświadczenie

## Obowiązek informacyjny administratora danych osobowych

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych jest HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Al. Jerozolimskie 133A, 02-304 Warszawa (dalej zwanej HDI),
- 2) dane osobowe zbierane są i przetwarzane w celu wszechstronnego ustalenia okoliczności powstania szkody, odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości należnego odszkodowania przez HDI oraz podmioty z nim współpracuje w procesie likwidacji szkody, jak i w celach, dla których została wyrażona zgoda,
- 3) mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie: \_\_\_\_\_ Seria \_\_\_\_\_ Numer: \_\_\_\_\_  
wymienić dokument tożsamości

Wydany przez: \_\_\_\_\_ Dnia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data i podpis pracownika HDI Asekuracja TU S.A. przyjmującego oświadczenie

\_\_\_\_\_ data i podpis zgłaszającego szkodę

\_\_\_\_\_ data i podpis pracownika HDI Asekuracja TU S.A. przyjmującego zgłoszenie szkody

\* właściwe zaznaczyć \*\* niepotrzebne skreślić