



ZGŁOSZENIE SZKODY KOMUNIKACYJNEJ

Rodzaj ubezpieczenia AC OC

Nr polisy _____ Numer szkody _____

I. POSZKODOWANY (POSIADACZ USZKODZONEGO POJAZDU - PEŁNA NAZWA FIRMY/IMIĘ I NAZWISKO)

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL/NIP	Telefon		Adres e-mail		

II. KIERUJĄCY POJAZDEM (JEŻELI BYŁ INNY NIŻ POSIADACZ POJAZDU)

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL/NIP	Telefon		Adres e-mail		
Czy kierujący posiadał uprawnienia do kierowania pojazdem?			Numer prawa jazdy / uprawnień		
			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		

III. DANE POJAZDU, KTÓRY ULEGŁ SZKODZIE

Marka i model	Rodzaj nadwozia	Numer rejestracyjny	Przebieg pojazdu	Rok produkcji
Czy pojazd był holowany? <input type="checkbox"/> HCA <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Trasa holowania (skąd - dokąd)	Data holowania (DD:MM:RRRR)		_____
Pojazd jest przedmiotem		Pełna nazwa firmy/Imię i nazwisko (bank, firma leasingowa, współwłaściciel)		
<input type="checkbox"/> Kredytu <input type="checkbox"/> Współwłasności <input type="checkbox"/> Leasingu <input type="checkbox"/> Inne				
Przeznaczenie pojazdu		Czy firma ma możliwość odliczenia podatku VAT od kosztów naprawy? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> VAT 50%		
<input type="checkbox"/> Prywatny <input type="checkbox"/> Firmowy				
Czy przed zgłaszaniem szkody pojazd miał nienaprawione lub naprawione uszkodzenia - jakie?				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

IV. DATA I MIEJSCE WYSTĄPIENIA SZKODY

Data i godzina wystąpienia (DD:MM:RRRR GG:MM) _____

Miejscowość, ulica, skrzyżowanie ulic lub odcinek drogi pomiędzy miejscowościami _____

V. WYKAZ ELEMENTÓW USZKODZONYCH (SKRADZIONYCH) W POJEŹDZIE POSZKODOWANEGO

VI. DRUGI UCZESTNIK ZDARZENIA (POSIADACZ USZKODZONEGO POJAZDU. PEŁNA NAZWA FIRMY / IMIĘ I NAZWISKO)

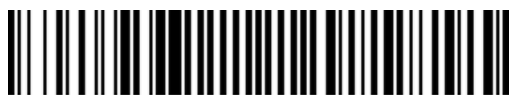
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL/NIP	Telefon		Adres e-mail		

VII. KIERUJĄCY DRUGIM POJAZDEM (JEŻELI BYŁ INNY NIŻ POSIADACZ POJAZDU)

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL/NIP	Telefon		Adres e-mail		
Czy kierujący znajdował się w stanie po spożyciu alkoholu lub podobnie działających środków? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem					

VIII. DANE DRUGIEGO POJAZDU UCZESTNICZĄCEGO

Marka i model	Rodzaj nadwozia	Numer rejestracyjny
Pojazd ubezpieczony w zakresie OC (nazwa Towarzystwa i numer polisy) _____		



EHM01020030241409

IX. PYTANIA DODATKOWE

Ile pojazdów uczestniczyło w zdarzeniu?

Czy w zdarzeniu uszkodzone zostało mienie znajdujące się poza pojazdami? Tak Nie Jakie to było mienie (np. słup, ogrodzenie, itp.) i do kogo należało?
.....

Czy w zdarzeniu uszkodzone zostało mienie znajdujące się w pojeździe? Tak Nie Jakie to było mienie i do kogo należało?
.....

X. POWIADOMIENIE POLICJI

Czy o zdarzeniu powiadomiono policję? Tak Nie Nazwa, adres i telefon powiadomionej jednostki policji

Sposób zakończenia sprawy przez policję postępowanie mandatowe dochodzenie wniosek do sądu inne (wskazać jakie)
.....

XI. ŚWIADKOWIE ZDARZENIA (IMIĘ I NAZWISKO, ADRES, TELEFON)

.....
.....
.....

XII. SZCZEGÓŁOWY OPIS OKOLICZNOŚCI ZDARZENIA

Kolizja: przyczyna, przebieg - zachowanie uczestników

Kradzież: opis sposobu dokonania włamania, opis okoliczności w jakich pozostawiono pojazd oraz w jakich stwierdzono włamanie do pojazdu

.....
.....
.....
.....
.....

XIII. SZKIC SYTUACYJNY MIEJSCA ZDARZENIA

	1 pojazd	2 pojazd	3 pojazd
	nr rejestracyjny/ marka	nr rejestracyjny/ marka	nr rejestracyjny/ marka
			Legenda: ← kierunek jazdy × miejsce uszkodzenia

XIV. CZY W ZDARZENIU UCZESTNICY DOZNALI OBRAŹEN CIAŁA? Tak Nie

Kto doznał obrażeń ciała w zdarzeniu (imię, nazwisko, adres, telefon, rodzaj obrażeń)?
.....

Ilu pasażerów oprócz kierującego znajdowało się w pojazdach nr

1	2	3
---	---	---

XV. OŚWIADCZENIA (AKCEPTACJĘ TREŚCI PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ NALEŻY POTWIERDZIĆ WPISUJĄC ZNAK „X” W ODPOWIEDNICH OKIENKACH)

Oświadczam, że z tytułu zgłoszonej szkody nie otrzymałem odszkodowania z innego towarzystwa ubezpieczeń, jak również nie czynię starań, aby takie odszkodowanie uzyskać.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że gdyby dochodzenie prowadzone przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA wykazało, że zachodzą okoliczności wyłączające odpowiedzialność Ubezpieczyciela za przedmiotową szkodę lub nie potwierdziło podanych okoliczności lub rozmiaru szkody, zobowiązuję się zwrócić wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od daty wezwania.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że kierujący pojazdem w momencie zdarzenia użytkował go za moją zgodą i wiedzą.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że prowadząc pojazd w chwili zdarzenia nie znajdowałem/am się w stanie pod wpływem alkoholu lub podobnie działających środków.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że uszkodzony pojazd był ubezpieczony w zakresie AC tylko w jednym zakładzie ubezpieczeń (dotyczy wyłącznie szkód z AC).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji w sprawie zgłoszonej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Adres e-mail do korespondencji:, należący do

ZGŁASZAJĄCY/KIERUJĄCY UDZIELIŁ POWYŻSZYCH INFORMACJI ZGODNIE Z PRAWDĄ I WEDŁUG NAJLEPSZEJ WIEDZY.

Miejscowość	Podpis zgłaszającego (czytelny)	Podpis kierującego (czytelny)	Potwierdzenie autentyczności podpisu
Data (DD:MM:RRRR) <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Dowód osobisty (seria i numer)	Dowód osobisty (seria i numer)	
			Podpis i imienna pieczęć przyjmującego zgłoszenie

XVI. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2014 r. Nr 1182), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1 informuje, że jest administratorem Pani/a danych osobowych, które będą przez administratora przetwarzane w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym likwidacji zgłoszonej szkody oraz w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług administratora. Ponadto, administrator informuje, że służy Pani/u prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej wymaga Pani/a uprzedniej zgody. Dodatkowo uprawnienia w powyższym zakresie przysługują Pani/u na mocy art. 32 cyt. ustawy.

