

## ZGŁOSZENIE SZKODY OSOBOWEJ Z OC KOMUNIKACYJNEGO

### I. POSZKODOWANY

|                 |       |         |     |              |
|-----------------|-------|---------|-----|--------------|
| Imię i nazwisko |       |         |     | PESEL        |
| Adres           | Ulica | Nr domu | Kod | Poczta       |
| Miejscowość     |       | Telefon |     | Adres e-mail |
| Numer konta     |       |         |     |              |

### II. DANE DOTYCZĄCE SZKODY

|                                                                                                       |                                                                                        |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Numer polisy i/lub numer rejestracyjny pojazdu sprawcy szkody                                         |                                                                                        | Data i godzina wypadku |
| Miejsce wypadku (miejscowość, ulica, odcinek drogi pomiędzy miejscowościami)                          |                                                                                        |                        |
| Opis wypadku                                                                                          |                                                                                        |                        |
| Rodzaj doznanych obrażeń                                                                              |                                                                                        |                        |
| Czy o zdarzeniu poinformowano policję?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE   | Nazwa i adres jednostki policji / prokuratury / sądu, w których toczy się postępowanie |                        |
| Czy szkoda została zgłoszona w innym TU?<br><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Jeżeli tak, to w jakim?                                                                |                        |

### III. OŚWIADCZENIE POSZKODOWANEGO\*

1. Oświadczam, że w zdarzeniu uczestniczyłam (em) jako:

a) kierujący pojazdem o numerze rejestracyjnym \_\_\_\_\_,

b) pasażer pojazdu o numerze rejestracyjnym \_\_\_\_\_, zajmowałam (em) miejsce:  obok kierującego /  na tylnej kanapie po prawej stronie /  na tylnej kanapie po lewej stronie

c) rowerzystą,

d) pieszy.

W przypadku zaznaczenia pkt. a-b uzupełnij poniższe:  
Oświadczam, że  byłam (em) /  nie byłam (em) zapięty w pasy bezpieczeństwa.

W przypadku podróży motocyklem uzupełnij poniższe:  
 podróżowałam (em) w kasku /  podróżowałam (em) bez kasku.

W przypadku zaznaczenia pkt. b uzupełnij poniższe:  
Oświadczam, że podróżowałam (em) w/w pojazdem:  
- grzecznościowo  TAK  NIE  
- uiściłam (em) opłatę za przejazd  TAK  NIE

Stopień pokrewieństwa w stosunku do kierowcy \_\_\_\_\_.

2. Oświadczam, że w chwili wypadku  nie znajdowałam (em) /  znajdowałam (em) się pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.

3. Oświadczam, że z tytułu ww. szkody osobowej od wskazanego sprawcy zdarzenia  nie otrzymałam (em) i nie zasądzone na moją rzecz żadnej rekompensaty /  otrzymałam (em) lub zasądzone na moja rzecz kwotę \_\_\_\_\_.

4. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii pełnej dokumentacji leczenia związanego z wypadkiem. Informuję, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia oraz na udostępnienie ich podmiotom współpracującym z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w celu i zakresie niezbędnym do likwidacji szkody.  TAK

\* prosimy zaznaczyć znakiem „x” właściwą opcję / wariant odpowiedzi

|             |                                           |                            |
|-------------|-------------------------------------------|----------------------------|
| Miejscowość | Data (DD:MM:RRRR)<br><input type="text"/> | Podpis osoby Poszkodowanej |
|-------------|-------------------------------------------|----------------------------|

Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem Pani/ Pana danych osobowych, które będą przetwarzane w celu likwidacji szkody, wykonania umowy ubezpieczenia, rozpatrzenia zgłoszonych reklamacji i odwołań i przeciwdziałania przestępstwom ubezpieczeniowym. Administrator danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych. Przysługują Pani/ Panu następujące prawa: dostępu do danych osobowych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, przenoszenia danych osobowych, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl), pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: [iod@ergohestia.pl](mailto:iod@ergohestia.pl). Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na [www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie](http://www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie) oraz pod numerem telefonu 800 201 503.