



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)		

IX. PYTANIA DODATKOWE

Ile pojazdów uczestniczyło w zdarzeniu?	
Czy w zdarzeniu uszkodzone zostało mienie znajdujące się poza pojazdami? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jakie to było mienie (np. słup, ogrodzenie, itp.) i do kogo należało?
Czy w zdarzeniu uszkodzone zostało mienie znajdujące się w pojeździe? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Jakie to było mienie i do kogo należało?

X. POWIADOMIENIE POLICJI

Czy o zdarzeniu powiadomiono policję? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Nazwa, adres i telefon powiadomionej jednostki policji
Sposób zakończenia sprawy przez policję <input type="checkbox"/> postępowanie mandatowe <input type="checkbox"/> dochodzenie <input type="checkbox"/> wniosek do sądu <input type="checkbox"/> 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 nr rejestracyjny/ marka _____ _____	2 pojazd nr rejestracyjny/ marka _____ _____	3 pojazd 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			
	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	1	2	3
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 wyłaczające 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
Wnoszę o przesłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. <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)			Podpis i imienna pieczęć przyjmującego zgłoszenie

XVI. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA

Informujemy, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie jest administratorem 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. Osoba, której dane dotyczą może skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych poprzez formularz na stronie www.ergohestia.pl, pisemnie, na adres: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub za pośrednictwem adresu mailowego: iod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.