

## 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? <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? <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) pieszego.

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 zasądzono na moją rzecz żadnej rekompensaty /  otrzymałam (em) lub zasądzono 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)	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.