


**Rodzaj ubezpieczenia**
 AC  OC

# ZGŁOSZENIE SZKODY KOMUNIKACYJNEJ

Prosimy o czytelne wypełnienie.

Nr Polisy

Nr szkody

**I. POSZKODOWANY**

POSIADACZ USZKODZONEGO POJAZDU. Pełna nazwa firmy/Imię i nazwisko

--	--	--	--	--	--

					Tel./fax
--	--	--	--	--	----------

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
-------	-------	---------	-----------	-----	-------------

PESEL	NIP	Regon
-------	-----	-------

**II. KIERUJĄCY POJAZDEM (jeśli był inny niż posiadacz pojazdu)**

Imię i nazwisko					
-----------------	--	--	--	--	--

PESEL	NIP	Tel./fax
-------	-----	----------

Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
-------	-------	---------	-----------	-----	-------------

**III. DANE POJAZDU, KTÓRY ULEGŁ SZKODZIE**

Marka pojazdu	Typ	Model	Rodzaj nadwozia	Numer rejestracyjny	Przebieg pojazdu
---------------	-----	-------	-----------------	---------------------	------------------

Rok produkcji	Nr nadwozia (VIN)	Nr silnika
---------------	-------------------	------------

Czy pojazd był holowany?	Trasa holowania (skąd-dokąd)	Data holowania
--------------------------	------------------------------	----------------

Miejsce postoju uszkodzonego pojazdu					
--------------------------------------	--	--	--	--	--

Pojazd jest przedmiotem Kredytu <input type="checkbox"/> Współwłasności <input type="checkbox"/> Leasingu <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	Nazwa/imię i nazwisko (bank, firma leasingowa, współwłaściciel) ..... .....
--	---

Przeznaczenie pojazdu <input type="checkbox"/> prywatny <input type="checkbox"/> firmowy	Czy pojazd jest wpisany do ewidencji środków trwałych? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Czy jest prowadzona ewidencja przebiegu pojazdu? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
		Czy firma ma możliwość odliczenia podatku VAT od kosztów naprawy? Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

Pojazd ubezpieczony w zakresie OC <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Gdzie (nazwa towarzystwa)	Numer Polisy
--	---------------------------	--------------

Pojazd ubezpieczony w zakresie AC <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Gdzie (nazwa towarzystwa)	Numer Polisy
--	---------------------------	--------------

Czy przed zgłaszaniem szkody pojazd miał nienaprawione uszkodzenia – jakie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
---	---

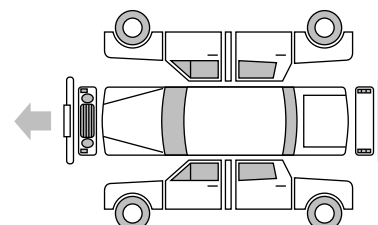
**IV. DATA I MIEJSCE WYSTĄPIENIA SZKODY**

Data i godzina wystąpienia szkody (dzień, miesiąc, rok) _____ godzina _____
--

Miejscowość, ulica, skrzyżowanie ulic lub odcinek drogi pomiędzy miejscowościami ..... .....
--

**V. WYKAZ ELEMENTÓW USZKODZONYCH (SKRADZIONYCH) W POJEŹDZIE POSZKODOWANEGO**

..... ..... .....
-------------------------



Miejsce uszkodzeń wskazać na rysunku znakiem „X”

**VI. SZKODY POWSTAŁE POZA POJAZDEM (osobowe i rzeczowe)**

..... .....
----------------

**VII. POWIADOMIENIE POLICJI**

Czy o zdarzeniu powiadomiono policję? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Nazwa, adres i telefon powiadomionej jednostki policji ..... .....
--	--

## VIII. DRUGI UCZESTNIK ZDARZENIA

POSIADACZ POJAZDU. Pełna nazwa firmy/Imię i nazwisko					
					Tel./fax
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
PESEL	Regon			NIP	

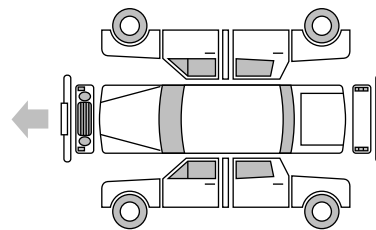
## IX. DANE DRUGIEGO POJAZDU UCZESTNICZĄCEGO

Marka pojazdu	Typ	Model	Rodzaj nadwozia	Numer rejestracyjny
Pojazd ubezpieczony w zakresie OC		Gdzie (nazwa towarzystwa i adres przedstawicielstwa, oddziału itp.)		Seria i numer Polisy

## X. KIERUJĄCY DRUGIM POJAZDEM

KIERUJĄCY. Imię i nazwisko					
PESEL		NIP		Tel./fax	
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	Kod	Miejscowość
Czy kierujący posiadał ważne prawo jazdy?			Czy kierujący był trzeźwy?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		

## XI. WYKAZ ELEMENTÓW USZKODZONYCH W POJEŹDZIE DRUGIEGO UCZESTNIKA

Miejsce uszkodzeń wskazać na rysunku znakiem „X”

## XII. ŚWIADKOWIE ZDARZENIA (imię i nazwisko, adres, telefon, PESEL)

1.
2.
3.

W szkodach kradzieżowych: jakie urządzenia uruchomiono w celu zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą?

	Ilość posiadanych kompletów kluczy
Niniejszym przekazuję: dowód rejestracyjny Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> kartę pojazdu Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> komplet kluczyków Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> fakturę zakupu Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Ilość przekazanych kompletów kluczy
Dokumenty pochodzenia pojazdu: .....	

## XIII. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że z tytułu zgłaszanej szkody nie otrzymałem odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń, jak również nie czynię starań, aby takie odszkodowanie uzyskać.
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.
Oświadczam, że kierujący pojazdem w momencie zdarzenia użytkował go za moją wiedzą i zgodą.
Oświadczam, że prowadząc pojazd w chwili zdarzenia nie znajdowałem(am) się w stanie po spożyciu alkoholu lub podobnie działających środków.
Oświadczam, że uszkodzony pojazd był ubezpieczony w zakresie AC tylko w jednym zakładzie ubezpieczeń (dotyczy wyłącznie szkód z AC).

Zgłaszający (kierujący) udzielił powyższych informacji zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

Miejscowość	Podpis zgłaszającego	Podpis kierującego	Potwierdzenie autentyczności podpisu
Data (dzień, miesiąc, rok)	Dowód Osobisty – seria i nr	Dowód Osobisty – seria i nr	
			Podpis i imienna pieczęć przyjmującego zgłoszenie

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 k.c., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z zawartej umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej inne cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów  
**Hestia Kontakt 0 801 107 107\***  
 lub **(+58) 555 55 55**

\* opłata za połączenie równa jednostce taryfikacyjnej TP SA