



wypełnia osoba poszkodowana



wypełnia drugi uczestnik zdarzenia



ZGŁOSZENIE SZKODY KOMUNIKACYJNEJ

Rodzaj ubezpieczenia A C OC

Nr polisy	Numer szkody
-----------	--------------

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

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

Dane kierującego w momencie wypadku (wg prawa jazdy). Dane należy potwierdzić za zgodność przez pracodawcę, warsztat lub pracownika SCM.

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	

Dane samochodu SCM (wg dowodu rejestracyjnego). Zawsze należy wpisać dane samochodu i Użytkownika SCM (również gdy jest sprawcą)

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 (nazwa i adres siedziby, adres siedziby, 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 zgłoszeniem szkody pojazd miał niesprawne lub naprawione uszkodzenia - jakie?				<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Miejsce i data i godzina zdarzenia

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 / IMIE I NAZWISKO)

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

Dane sprawcy zdarzenia- do wypełnienia wyłącznie w przypadku OC (z winy trzeciej osoby).

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	

Dane pojazdu sprawcy zdarzenia

VIII. DANE DRUGIEGO POJAZDU UCZESTNICZĄCEGO

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



wypełnia osoba poszkodowana



wypełnia drugi uczestnik zdarzenia

IX. PYTANIA DODATKOWE

Ile pojazdów uczestniczyło w zdarzeniu? _____

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

Czy w zdarzeniu uszkodzone zostało mienie znajdujące się w pojeździe? Tak Nie Jakże 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, aktu okradzenia 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 X miejsca uszkodzenia

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

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

Ilu pozostałych oprócz kierujących 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. Tak 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 zawiania. Tak Nie

Oświadczam, że kierujący pojazdem w momencie zdarzenia użytkował go za moją zgodą i wiedzą. Tak Nie

Oświadczam, że prowadząc pojazd w chwili zdarzenia nie znajdowałem/am się w stanie pod wpływem alkoholu lub podobnie działających środków. Tak Nie

Oświadczam, że uszkodzony pojazd był ubezpieczony w zakresie A.C. tylko w jednym z zakładów ubezpieczeń (dotyczy wyłączeń nie szkód z A.C.). Tak Nie

Wnoszę o przesłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji z włączaniem z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych z pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto Internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane dane kontaktowe, a odpowiedź na złożoną reklamację na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. Tak Nie

Adres e-mail do korespondencji: _____, należący do _____

ZGŁASZAJĄCY/KIERUJĄCY UDZIELIŁ POWYŻSZYCH INFORMACJI ZGODNIE Z PRAWDĄ I W EDUG NA LEPSZEJ WIEDZY.

Miejscowość	Podpis zgłaszającego (czytelny)	Podpis kierującego (czytelny)	Podkreślenie 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 z pośrednictwem adresu mailowego: lod@ergohestia.pl. Pełna treść oświadczenia administratora danych osobowych dostępna jest na www.ergohestia.pl/rodo-oswiadczenie oraz pod numerem telefonu 800 201 503.

Informacje odnośnie powiadomienia lub interwencji Policji.

Opis przebiegu zdarzenia. Przy szkodzie parkingowej należy wskazać kiedy i gdzie został zaparkowany samochód oraz kiedy zauważono szkodę. Informacja o warunkach pogodowych i komunikacyjnych na drodze w momencie zdarzenia.

Szkic sytuacyjny wypadku (Przy szkodzie parkingowej należy narysować pozycję samochodu w trakcie postoju pod względem innych samochodów/przeszkód - widok z góry. Samochody oznaczyć nr rejestracyjnymi).

Z prawej strony należy zaznaczyć znakiem X miejsca uszkodzeń w pojeździe sprawcy oraz opisać rodzaj uszkodzeń.

Z lewej strony należy zaznaczyć znakiem X miejsca uszkodzeń w pojeździe poszkodowanego oraz opisać rodzaj uszkodzeń.

Data i podpis użytkownika składającego oświadczenie.