

ZGŁOSZENIE SZKODY/CLAIM FORM
 OC/MTPL (Rzeczowa/Property, Osobowa/Personal Injury)*
 Auto-Casco/Casco; NWK/Accident Insurance*

Numer szkody/Claim numer		
Dane dotyczące szkody/Claim details		
Data i godzina szkody Date and time of accident	Miejsce powstania szkody Place of accident	
Dane polisy¹/Policy details¹		
Seria i numer polisy Policy series & number	Okres ubezpieczenia Insurance period	
Dane osobowe/Personal details	Poszkodowany (właściciel)/Claimant (owner)	Sprawca (właściciel)/Insured (owner)
Imię i nazwisko lub Nazwa firmy/Forename and surname or Company name		
Adres (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)/Address (street, no., postcode, town)		
PESEL/Regon/Statistical ID no.		
Tel. lub e-mail/Phone no. or E-mail		
Dane osobowe/Personal details	Poszkodowany (kierujący)/Claimant (driver)	Sprawca (kierujący)/Insured (driver)
Imię i nazwisko/Forename and surname		
Adres (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)/Address (street, no., postcode, town)		
PESEL/Regon/Statistical ID no.		
Tel. lub e-mail/Phone no. or E-mail		
Dane pojazdu/Vehicle details	Poszkodowany/Claimant	Sprawca/Insured
Marka, typ i model/Make, type and model		
Numer rejestracyjny/Registration number		
Numer nadwozia (VIN)/VIN number		
Rok produkcji/Year of manufacture		
Przebieg pojazdu km <input type="checkbox"/> /mile <input type="checkbox"/> */Vehicle's mileage km/miles		
Uszkodzenia pojazdu/Damages to the vehicle	Poszkodowany/Claimant	Sprawca/Insured
Zaznaczyć znakiem „X” uszkodzone części pojazdów/Please indicate „X” damaged parts of vehicles		
Gdzie obecnie znajduje się uszkodzony pojazd? Where is the damaged vehicle?		

*/ właściwie zaznaczyć/check as appropriate; **/ niepotrzebne skreślić/delete inapplicable

¹ Jeżeli szkoda zgłaszana jest z ubezpieczenia OC, należy wpisać dane z polisy sprawcy szkody/If the claim is reported under the MTPL insurance please enter the insured's policy details.

Uszkodzenia pojazdu/Damages to the vehicle**Poszkodowany/Claimant****Sprawca/Insured**

Wymienić uszkodzenia pojazdu
Give full particulars of damage to the vehicle

Szkoda osobowa – Dane osoby poszkodowanej²/Injury claim – Claimant personal details²

Imię i nazwisko/Forename and surname

Adres (ulica, numer, kod pocztowy,
miejscowość)/Address (street, no., postcode, town)

Data urodzenia/Date of birth

Tel. lub e-mail/Phone no. or E-mail

Zakres doznanych obrażeń²/Scope of injuries sustained²

Czy poszkodowany leczył się?/Was the claimant under any treatment?

Tak/Yes Nie/No *

od dnia
from/date

do dnia
to

Czy leczenie zostało zakończone?/ Was the treatment omleted?

Tak/Yes Nie/No *

Termin zakończenia leczenia
Date

do dnia
to

Czy poszkodowany był na zwolnieniu lekarskim?/Was the claimant on sick leave?

Tak/Yes Nie/No *

od dnia
from

do dnia
to

Czy prowadzone jest/było** leczenie rehabilitacyjne? Is/ was the claimant under
rehabilitation treatment? Tak/ Yes Nie/No *

od dnia
from

do dnia
to

Wykonywany przez poszkodowanego zawód przed
wypadkiem?/What is the claimant's current occupation?

Zawód wyuczony przez poszkodowanego.

What was the claimant's schooled profession?

Wyczerpujący opis zdarzenia/Describe fully how the accident occurred

* / właściwe zaznaczyć/check as appropriate; ** / niepotrzebne skreślić/delete inapplicable

² Wypełnić w przypadku zgłaszania roszczeń osobowych/Fill in with personal injury claim

Szkic sytuacyjny/Diagram of accident**Rodzaj i szacunkowa wysokość roszczeń/Type and estimated value of claim****Informacje dodatkowe/Additional information**

Czy na miejscu zdarzenia była policja?/Did the police arrive at the scene of the accident? Tak/Yes Nie/No

Nazwa i adres/Unit name and address

Czy na miejscu zdarzenia była straż pożarna?/Did the fire brigade arrive at the scene of the accident? Tak/Yes Nie/No

Nazwa i adres/Unit name and address

Czy na miejscu zdarzenia było pogotowie ratunkowe?/Did an ambulance arrive at the scene of the accident? Tak/Yes Nie/No

Nazwa i adres/Unit name and address

Czy byli świadkowie zdarzenia?/Were there any witnesses to the accident? Tak/Yes Nie/No

Imię i nazwisko, adres, telefon/ Name and surname, address, tel. no.

Imię i nazwisko, adres, telefon/Name and surname, address, tel. no.

Czy poszkodowany jest podatnikiem podatku VAT?/Is the claimant a remitter of VAT? Tak/Yes Nie/No

Czy na pojeździe jest zastaw? Is there a pledge on the vehicle? Tak/Yes Nie/No

Nazwa i adres/Name and address

Czy pojazd przed kolizją posiadał nienaprawione uszkodzenia?/ Was the vehicle in damaged condition before collision? Tak/Yes Nie/No

Opisać zakres uszkodzeń / Specify the damages

Czy pojazd posiada ubezpieczenie Auto-Casco i w jakim zakładzie ubezpieczeń/Was the vehicle insured in respect of casco and with what insurance company? Tak/Yes Nie/No

Nazwa zakładu ubezpieczeń/Name of the insurance company

Wypełnia kierujący pojazdem poszkodowanego/To be completed by driver of claimant's vehicle

Oświadczam, że kierując w dniu _____ samochodem marki _____ nr rej. _____

nie/znajdowałem/am/** się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, oraz posiadałem/am/** wymagane prawem polskim dokumenty uprawniające do prowadzenia wyżej wymienionego pojazdu.

I declare that when driving a vehicle of make _____ reg. no _____ on _____

I was not under the influence of alcohol, intoxicants, psychotropic substances or substitute agents as defined by the regulations on the prevention of drug addiction, and I had the documents required by Polish law authorising me to drive the above vehicle.

Data i podpis składającego oświadczenie/Date and claimant's signature

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie _____
I confirm personal signature on the basis of _____

Seria
Set

Nr
No

Wymienić dokument tożsamości/Please write down ID type

Wydany przez/Issued by _____ dnia/date _____

Data i podpis pracownika HDI Asekuracja S.A. przyjmującego oświadczenie
Date and signature of HDI Asekuracja S.A. employee accepting the statement

Wypełnia poszkodowany/To be completed by claimant

Odszkodowanie z tytułu szkody proszę wypłacić / Please pay the compensation for the damage:

w kasie/At the cash desk *,przekazem pocztowym / By postal order *,przelewem/By bank transfer *, nazwa banku/bank's name

numer rachunku/Account number

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w związku z prowadzoną działalnością statutową. Moje dane osobowe zawarte w zbiorze danych administrowanych przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. udostępnione będą podmiotom i osobom zewnętrznym wykonującym czynności związane z likwidacją szkody na zlecenie HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. I express my consent to the processing of my personal details by HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. and other entities within the HDI Group in connection with their statutory activities. My personal details, which are contained in the data file that is administered by HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. will be made available to the companies in the HDI Group, entities related to them through equity, as well as external entities and people performing activities related to the adjustment of the damages on the instructions of HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Oświadczam ponadto, że z tytułu zgłoszonej szkody w której uczestniczył mój samochód obecnie nie ubiegam się, ani nie będę ubiegać się o odszkodowanie z innego Towarzystwa Ubezpieczeniowego. Samochód będący przedmiotem zgłoszenia powyżej opisanej szkody,

został użyty za moją wzdą i zgodą przez Pana (Panią)**

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o treści art. 17 ustawy z dnia 22.05.2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z dnia 16.07.2003r. Nr 124, poz. 1151) i wynikającym z tegoż przepisu obowiązku poinformowania HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. o przeprowadzeniu dodatkowego badania technicznego, w związku z dokonaną naprawą pojazdu na kwotę przekraczającą 2.000 zł, a wynikającą ze zdarzenia powodującego odpowiedzialność HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

I also declare that I am not currently filing a claim nor shall I file a claim with another insurance company regarding the damage declared in the claim form. The vehicle that is the subject of the claim referring to the damage described above was being used to my knowledge and consent by

Mr. (Mrs.)**

I declare that I have been informed of the wording of

article 17 of the act on insurance activities of 22/05/2003 (Journal of Laws of 16/07/2003, No. 124, item 1151) and the duty arising from this regulation to inform HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. of the performance of an additional technical examination in connection with the repairs made to the vehicle for a value that exceeds PLN 2,000, and the liability of HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. resulting from the incident.

Art. 17. Posiadacz pojazdu mechanicznego jest obowiązany poinformować zakład ubezpieczeń o przeprowadzeniu dodatkowego badania technicznego, o którym mowa w art. 81 ust. 8 pkt 4 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2003 r. Nr 58, poz. 515). The owner of a mechanical vehicle is obliged to inform the insurance company about his performance of an additional technical examination, as described in article 81, paragraph 8, sub-paragraph 4 of the act of 20 June 1997 - The Law on Road Traffic (Journal of Laws of 2003 No. 58, item 515).

Art. 81 ust. 8 pkt 4 Niezależnie od okresowych badań technicznych, dodatkowemu badaniu technicznemu podlega również pojazd, w którym została dokonana naprawa wynikająca ze zdarzenia powodującego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, określonego w grupie 3 i 10 działu II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej na kwotę przekraczającą 2000 zł. Irrespective of the regular technical examinations, a vehicle is also subject to an additional technical examination after repairs following an accident resulting in the insurance company's liability under an insurance agreement, as described in groups 3 and 10 of section II of the annex to the act on insurance activities for a value that exceeds PLN 2000.

Wypełnia poszkodowany w przypadku zgłoszenia szkody z ubezpieczenia Auto-Casco/To be completed if a claim is reported under the AC (fully comprehensive) policy

Oświadczam, że w przypadku stwierdzenia u kierującego w dniu

pojazdem marki

nr rej. stanu nietrzeźwości, działania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,

bądź braku wymaganego prawem polskim dokumentu uprawniającego do prowadzenia wyżej wymienionego pojazdu, zobowiązuję się zwrócić wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od daty wezwania przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na likwidację powyższej szkody z mojego ubezpieczenia Auto-Casco nr polisy

Jednocześnie oświadczam, że zostałam /am/** pouczone/a/** o warunkach i skutkach wypłaty odszkodowania z powyższej polisy.

I declare that in the event of finding that the driver of the vehicle of make

reg. no.

on was under the influence of alcohol, intoxicants, psychotropic substances or substitute agents, or did not have the

documents required by Polish law authorising him to drive the above vehicle, I commit to reimbursing the compensation paid to me within a deadline of 14 days of the date of the demand made by HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. I declare that I express my

consent to the adjustment of the above damages under my Auto-Casco insurance, policy no.

Moreover, I declare

that I have been informed of the conditions and the consequences of the payment of compensation from the above policy.

Data i podpis składającego oświadczenie/Date and claimant's signature

Własnoręczność podpisu stwierdzam na podstawie
I confirm personal signature on the basis ofSeria
SetNr
No

Wymienić dokument tożsamości/Please write down ID type

Wydany przez/Issued by

dnia/date

Data i podpis pracownika HDI Asekuracja S.A. przyjmującego oświadczenie
Date and signature of HDI Asekuracja S.A. employee accepting the statement

Data i podpis zgłaszającego szkodę/Date and claimant's signature

Data i podpis pracownika HDI Asekuracja S.A. przyjmującego zgłoszenie szkody
Date and signature of HDI Asekuracja S.A. employee accepting the claim form

*/ właściwe zaznaczyć/check as appropriate; **/ niepotrzebne skreślić/delete inapplicable