



ZGŁOSZENIE SZKODY MAJĄTKOWEJ

Nr szkody

I. POSZKODOWANY/UBEZPIECZAJĄCY:

Imię i nazwisko/Nazwa								
Adres		Ulica		Nr domu	Nr lokalu	Kod	Poczt	
Miejscowość				Tel./Fax		Adres e-mail		

II. ADRES MIEJSCA SZKODY:

.....

III. DATA I PRZYCZYNA SZKODY:

Data szkody (DD:MM:RRRR)	Przyczyna szkody
.....

IV. PRZEDMIOT SZKODY I JEGO WARTOŚĆ (proszę podać kwotę):

Przedmiot szkody	Wartość przedmiotu	Przedmiot szkody	Wartość przedmiotu
.....	..... zł	.....	..... zł
.....	..... zł	.....	..... zł
.....	..... zł	.....	..... zł
.....	..... zł	.....	..... zł

V. O SZKODZIE POWIADOMIONO (proszę podać adres i datę):

a) Administrację budynku:

.....

b) Komisariat Policji:

.....

c) Straż Pożarną:

.....

VI. 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;
- 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 czy rozmiaru szkody, zobowiązuję się zwrócić wypłacone odszkodowanie w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania;
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji w sprawie zgłoszonej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej.

VII. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZycIELA

Zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 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, udostępnianych przez Pana/ią dobrowolnie, które będą przez nas przetwarzane do celów ubezpieczeniowych, statutowych oraz marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług). Służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania. Przetwarzanie tych danych w celach innych niż wymienione powyżej – wymaga Pana/i uprzedniej zgody.

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis przyjmującego zgłoszenie
.....
Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Poszkodowanego/Ubezpieczającego
.....

MP/ZS007/1503 str. 1/1

Skontaktuj się z nami:
www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora



EHM01010071241503