

Informacje dodatkowe

1. Czy powiadomiono policję?

tak nie *

Nazwa i Adres

2. Czy powiadomiono straż pożarną?

tak nie *

Nazwa i Adres

3. Czy powiadomiono administratora nieruchomości?

tak nie *

Nazwa i Adres

4. Czy powiadomiono pogotowie ratunkowe?

tak nie *

Nazwa i Adres

5. Czy na ubezpieczonym mieniu jest zastaw bankowy?

tak nie *

Nazwa i Adres

6. Czy poszkodowany jest ubezpieczony w innej firmie?

tak nie *

Nazwa i Adres

7. Czy byli świadkowie zdarzenia?

tak nie *

Imię i Nazwisko, Adres

8. Czy sprawca w chwili szkody był pod wpływem środków odurzających lub alkoholu?

tak nie nie wiem *

9. Czy poszkodowany jest płatnikiem VAT?

tak nie *

10. Forma opodatkowania i rodzaj prowadzonej ewidencji:

*karta podatkowa

*księga przychodów i rozchodów

*ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

*pełna księgowość

11. Rodzaj prowadzonej działalności:

12. Sposób rozliczenia szkody

*rachunki, kosztorys poszkodowanego

*kosztorys HDI Asekuracja TU S.A.

13. Numer konta bankowego

Likwidatora umówiono:

Data i godzina

20 :

d d m m r r g g m m

miejsce i data zgłoszenia

data i czytelny podpis zgłaszającego szkodę

pieczęć i podpis przedstawiciela
HDI Asekuracja TU S.A. przyjmującego zgłoszenie szkody

Oświadczenie o udostępnieniu danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z likwidacją szkody przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna oraz inne podmioty wchodzące w skład Grupy HDI w związku z prowadzoną przez nie działalnością statutową. Moje dane osobowe zawarte w zbiorze danych administracyjnych przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna udostępnione będą spółkom wchodzącym w skład Grupy HDI, podmiotom powiązanim z nim kapitałowo oraz podmiotom i osobom zewnętrznym wykonującym czynności związane z likwidacją szkody na zlecenie HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.

Oświadczenie o udostępnieniu danych medycznych

Zwalniam leczących mnie lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie dla HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz dotychczasowego i przyszłego przebiegu leczenia w związku ze zgłoszeniem roszczeń z tytułu wypadku ubezpieczeniowego.

data i podpis poszkodowanego

* właściwe zakreślić