

# ZGŁOSZENIE WYPADKU Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

Nr szkody:

\_\_\_\_\_

Druk w sposób czytelny wypełnia pracownik STU Ergo Hestia SA. Jeżeli ubezpieczający lub poszkodowany osobiście dokonuje zgłoszenia, powinien podpisać wypełniony druk.

## I. ZGŁASZAJĄCY WYPADEK:

Imię i nazwisko, lub nazwa					
Adres	Ulica	Nr domu	Kod	Miejscowość	Tel./fax

## II. UBEZPIECZAJĄCY (nazwa firmy, adres, imię i nazwisko oraz stopień służbowy osoby zgłaszającej, w przypadku osoby fizycznej imię i nazwisko oraz adres):

Imię i nazwisko, lub nazwa					stopień służbowy
Adres	Ulica	Nr domu	Kod	Miejscowość	Tel./fax

## III. POSZKODOWANY

Imię i nazwisko, lub nazwa firmy					
Adres	Ulica	Nr domu	Kod	Miejscowość	Tel./fax

## IV. DATA ZGŁOSZENIA WYPADKU:

(dzień-miesiąc-rok) \_\_\_\_\_

## V. DATA WYSTĄPIENIA SZKODY:

(dzień-miesiąc-rok) \_\_\_\_\_

## VI. MIEJSCE WYPADKU:

\_\_\_\_\_

## VII. KRÓTKI OPIS WYPADKU (opis miejsca zdarzenia, rodzaj szkody, okoliczności i przyczyna):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VIII. ORIENTACYJNA WYSOKOŚĆ SZKODY:

\_\_\_\_\_

## IX. NR POLISY:

\_\_\_\_\_

Data przyjęcia zgłoszenia (dzień-miesiąc-rok) _____	Imię i nazwisko przyjmującego zgłoszenie	Podpis przyjmującego zgłoszenie
--	--	---------------------------------

Podpis Poszkodowanego (pieczęć firmowa)	Imię i nazwisko Ubezpieczającego	Podpis Ubezpieczającego (pieczęć firmowa)
---	----------------------------------	---

UWAGI:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_