

## Zgłoszenie szkody w Pojeździe

☐ AC☐ OC

### Klauzula informacyjna w zakresie danych osobowych

Informacja wymagana Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (RODO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest zakład ubezpieczeń: Balcia Insurance SE z siedzibą w Rydze, ul. K. Valdemara 63, Ryga, LV-1142, Łotwa, działająca w Polsce w ramach oddziału pod firmą Balcia Insurance SE Spółka europejska Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 136, 02-305 Warszawa (dalej zwana Administratorem lub Balcia). Z Administratorem można się kontaktować poprzez adres e-mail dpo.contact@balcia.com.

#### Informacja o wymogu podania danych osobowych

Podanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do wykonania wskazanych niżej celów.

#### Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:

- wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych do wykonywania umowy ubezpieczenia,
- obsługa zgłoszenia szkody i likwidacja szkody – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz, o ile zgłoszono szkodę na osobie, zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstw ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania danych do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Balcia; uzasadnionym interesem Balcia jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń.

#### Odbiorcy danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane do RESO Europa Service Sp. z o.o. z siedzibą w Suwałkach - Partnera Generalnego Balcia w Polsce, a także podmiotom takim jak lekarze, rzeczoznawcy, warsztaty naprawcze, podmioty świadczące usługę assistance, doradcy zewnętrzni, kancelarie prawne, dostawcy usług IT, pocztowych i kurierskich, agencje marketingowe, podmioty archiwizujące lub usuwające dane, podmioty przetwarzające dane w celu dochodzenia należności, przy czym podmioty te przetwarzają dane wyłącznie na podstawie umowy zawartej z Balcia.

W przypadkach i w zakresie określonym przez przepisy prawa Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane instytucjom upoważnionym, na przykład organom nadzorującym działalność Balcia, organom ścigania, organom ochrony prawnej.

#### Okres przechowywania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności dotyczących obowiązku przechowywania dokumentów księgowych, podatkowych oraz szkodowych.

#### Prawa osoby, której dane osobowe dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

- żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
- wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Balcia,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
- przeniesienia danych (w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany i przetwarzanie to odbywa się na podstawie zawartej z Balcia umowy ubezpieczenia), tj. do otrzymania od Balcia danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Balcia za pośrednictwem wskazanych powyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tzn. do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

#### Zgoda na otrzymywanie informacji w inny sposób niż na piśmie

Zgodnie z art. 29 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o dokumentach wymaganych do ustalenia odpowiedzialności Balcia:

telefonicznie na numer \_\_\_\_\_

na e-mail \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

(imię i nazwisko)

#### Pouczenie o odpowiedzialności karnej:

Wypełniając formularz prosimy o podanie informacji prawdziwych, kompletnych i rzetelnych. Przypominamy o odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 298 § 1 Kodeksu Karnego o treści: „Kto, w celu uzyskania odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia, powoduje zdarzenie będące podstawą do wypłaty takiego odszkodowania, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.

### Wykaz dokumentów

Kopie niżej wymienionych dokumentów są niezbędne do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody.

Prosimy o dostarczenie:

1. Dowód rejestracyjny lub karta pojazdu.
2. Dokumenty potwierdzające pochodzenie pojazdu i umożliwiające jego identyfikację, jeżeli właściciel nie figuruje w dowodzie rejestracyjnym, np.: odprawa celna, umowa kupna-sprzedaży, faktura zakupu.
3. Oświadczenie sprawcy spisane na miejscu zdarzenia, tylko i wyłącznie jeżeli jest w posiadaniu.
4. Notatka policji, tylko i wyłącznie jeżeli jest w posiadaniu.
5. W przypadku współwłasności pojazdu, dostarczenie oświadczenia drugiego współwłaściciela, co do sposobu wypłaty odszkodowania.

### Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**WAŻNE:**

Prosimy o staranne wypełnienie niniejszego druku (czytelnie), nie omijając żadnego z pól.  
W przypadku pytań TAK/NIE prosimy używać znaku "X" dla właściwej odpowiedzi.  
\* niepotrzebne skreślić

Nr szkody (wypełnia Balcia Insurance SE): \_\_\_\_\_

**Dane dotyczące polisy**

Nr polisy: \_\_\_\_\_

Okres ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

**Dane dotyczące poszkodowanego w zdarzeniu****Właściciel pojazdu uszkodzonego**

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_

PESEL/REGON: \_\_\_\_\_

Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Seria i nr dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Współwłaściciel pojazdu uszkodzonego**

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_

PESEL/REGON: \_\_\_\_\_

Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Seria i nr dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Użytkownik pojazdu uszkodzonego**

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_

PESEL/REGON: \_\_\_\_\_

Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Seria i nr dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

W chwili zdarzenia pojazdem kierował:

☐

Właściciel

☐

Współwłaściciel

☐

Użytkownik

☐

Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Seria i nr dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Dane dotyczące sprawy zdarzenia****Właściciel pojazdu**

Imię i Nazwisko/Nazwa firmy\*: \_\_\_\_\_

Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

PESEL/REGON: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

W chwili zdarzenia pojazdem kierował:

☐

Właściciel

☐

Inny

Jeśli zaznaczono pole „Inny”, prosimy o wypełnienie niżej wymienionych danych:

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Ulica, nr domu/lokalu: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Dane pojazdu poszkodowanego**

Marka: \_\_\_\_\_

Nr nadwozia (VIN): \_\_\_\_\_

Seria i nr dow. rejestracyjnego: \_\_\_\_\_

Typ: \_\_\_\_\_

Nr rejestracyjny: \_\_\_\_\_

Barwa i nr lakieru: \_\_\_\_\_

Model: \_\_\_\_\_

Rok produkcji: \_\_\_\_\_

Czy pojazd jest przedmiotem zastawu?

☐

NIE

☐

TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres podmiotu: \_\_\_\_\_

Czy w związku ze szkodą podpisano umowę cesji (przelewu prawa do odszkodowania)?

☐

NIE

☐

TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres podmiotu, który nabył to prawo: \_\_\_\_\_

Czy pojazd jest przedmiotem leasingu?

☐

NIE

☐

TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę i adres podmiotu: \_\_\_\_\_

Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie OC?

☐

NIE

☐

TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: \_\_\_\_\_

Nr polisy: \_\_\_\_\_

Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie AC?

☐

NIE

☐

TAK

Jeśli TAK, prosimy podać nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego: \_\_\_\_\_

Nr polisy: \_\_\_\_\_

**Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika**

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Marka:	Typ:	Barwa lakieru:
Model:	Nr rejestracyjny:	
Czy pojazd jest ubezpieczony w zakresie OC? <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> NIE <input style="margin-left: 100px;" type="checkbox"/> TAK		
Jeśli TAK, prosimy podać nazwę Towarzystwa Ubezpieczeniowego:		
Nr polisy:	Datę ważności polisy: od __ / __ / 20__ do __ / __ / 20__	

Data i godzina wystąpienia zdarzenia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_    \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Miejsce powstania zdarzenia:

Kraj: \_\_\_\_\_ Województwo: \_\_\_\_\_ Gmina: \_\_\_\_\_

Miejscowość/Trasa (km): \_\_\_\_\_

Ulica, nr domu (lokalu), skrzyżowanie, rondo: \_\_\_\_\_

Teren zabudowany: ☐ NIE    ☐ TAK    Dopuszczalna prędkość: \_\_\_\_\_ km/h


Prosimy o dokładne opisanie okoliczności powstania zdarzenia (przyczyna zdarzenia, sytuacja na drodze, prędkość pojazdów, warunki atmosferyczne, zachowanie uczestników zdarzenia, kto wezwał Policję, kto spisał oświadczenie, kto udzielił pierwszej pomocy, itp.):

[illegible]


Prosimy o wierne odzwierciedlenie sytuacji, w której doszło do wypadku, uwzględniając położenie pojazdów, sytuację na drodze, znaki drogowe, kierunek jazdy pojazdów itp.:

Sytuacja w czasie zdarzenia


Sytuacja po zdarzeniu



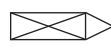
Skrzyżowanie



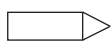
Przeszkoda




Znak drogowy



Pojazd poszkodowanego



Pojazd sprawcy



Kierunek jazdy

\* Jeżeli w zdarzeniu brało udział więcej pojazdów należy zaznaczyć wszystkie.

Czytelny podpis: \_\_\_\_\_

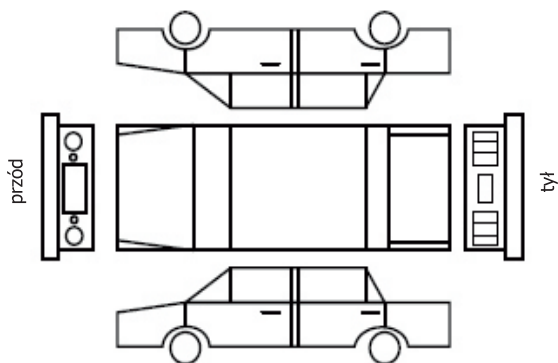
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

## Zakres uszkodzeń pojazdów

Prosimy o zaznaczenie znakiem "X" uszkodzonych części pojazdu.

Prosimy o zaznaczenie znakiem "Y" miejsca zajmowane przez pasażerów.

Pojazd poszkodowanego



Opis uszkodzeń:

---

---

---

Czy pojazd poszkodowanego posiada uszkodzenia niezwiązane ze zgłoszoną szkodą?

Jeśli TAK, jakie?

---

Czy pojazd poszkodowanego podlegał wcześniejszym naprawom blacharsko-lakierniczym?

Jeśli TAK, jakim?

---

## Informacje dodatkowe

Czy o zdarzeniu została poinformowana:

☐ Policja \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ godz. \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
☐ Przyjechała ☐ Nie przyjechała ☐ Sporządziła protokół ☐ Nie sporządziła protokołu

☐ Straż Pożarna \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ godz. \_\_\_\_ : \_\_\_\_  
☐ Przyjechała ☐ Nie przyjechała ☐ Sporządziła protokół ☐ Nie sporządziła protokołu

Czy na miejscu zdarzenia było spisane oświadczenie?

☐ NIE ☐ TAK

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu był pod wpływem alkoholu lub podobnie działających innych środków odurzających?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, kto?

---

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu zbiegł z miejsca zdarzenia?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, kto?

---

Czy któryś z kierowców uczestniczących w zdarzeniu był znany poszkodowanemu?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, prosimy podać:

Imię i nazwisko:

Charakter znajomości (np. koleżeńska, rodzinna, znajomy z widzenia, itp.):

---

Czy podczas zdarzenia w pojeździe poszkodowanego byli pasażerowie?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, prosimy podać liczbę pasażerów: \_\_\_\_\_

Czy podczas zdarzenia w pojeździe sprawcy byli pasażerowie?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, prosimy podać liczbę pasażerów: \_\_\_\_\_

## Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

Czy podczas zdarzenia w pojeździe poszkodowanego były rzeczy, które uległy uszkodzeniu?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, jakie?

Czy rości Pan/i za uszkodzone rzeczy?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, proszę podać wartość roszczenia:

Czy pojazd poszkodowanego był holowany z miejsca zdarzenia?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, przez kogo?

Imię i nazwisko/Nazwa firmy\*:

Telefon:

Adres:

Trasa holowania (skąd-dokąd):

Przeznaczenie pojazdu poszkodowanego: ☐ Użytek własny ☐ Działalność gospodarcza

Czy pojazd jest wprowadzony do ewidencji środków trwałych firmy?

☐ NIE ☐ TAK

Czy dokonano odliczenia podatku VAT przy zakupie pojazdu?

☐ NIE ☐ TAK

Czy poszkodowany ma możliwość odliczenia podatku VAT od kosztów naprawy uszkodzonego pojazdu?

☐ NIE ☐ TAK

Jeśli TAK, w jakiej wysokości? \_\_\_\_ %

### Wartość szkody

Wnoszę o wyliczenie wartości szkody według:

- ☐ Faktur lub rachunków przedłożonych przez Poszkodowanego  
☐ Kosztorysu sporządzonego przez Balcia Insurance SE

**UWAGA:** W przypadku szkód zgłaszanych w ramach umowy AC wysokość odszkodowania zostanie ustalona w oparciu o treść umowy potwierdzonej polisą oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia AC obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

### Dane bankowe do wypłaty świadczenia

Nr rachunku bankowego:

Imię i nazwisko/Nazwa firmy właściciela rachunku bankowego:

### Podpis Poszkodowanego/Uprawnionego do świadczenia lub jego Przedstawiciela ustawowego lub Pełnomocnika

Czytelny podpis:

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_