

Ubezpieczający:

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres:

Telefon

Ubezpieczony (Poszkodowany):

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres:

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

PESEL

Adres e-mail

Szkoda:

Okres ubezpieczenia od do

Numer polisy

Suma gwarancyjna

Data i godzina powstania szkody

Data ujawnienia szkody Data zgłoszenia szkody

Miejsce powstania szkody

(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)

Czego dotyczyła udzielona pomoc:

Leczenie ambulatoryjne

Leczenie szpitalne

Inne usługi gwarantowane w umowie; jakie

Wysokość kosztów:

Leczenia

Transportu

Innych usług

Kto pokrył ww. koszty

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

Przekaz pocztowy:

Przelew na rachunek

Dokładny opis zdarzenia i ewentualnie opis obrażeń

Świadkowie		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(imię i nazwisko, adres, telefon)</p>		
Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był trzeźwy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="text"/> <small>(nazwa Kasy Chorych)</small>	
Czy poszkodowany posiada inne ubezpieczenie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="text"/> <small>(nazwa firmy ubezpieczeniowej)</small>	
Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczył się po wypadku		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Czy przed wypadkiem u poszkodowanego występowały choroby samoistne, jakie?		
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="text"/>		

Informacje ogólne:

Czy o zdarzeniu poinformowano:		
• Policję	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/>
• Pogotowie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
• Instytucja/osoba	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="text"/>

Upoważnienie dla placówek medycznych:

Ja, niżej podpisany/a <input type="text"/>	
zam. <input type="text"/>	
<p>upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek AWP Polska, pełnej informacji dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.</p>	
<small>(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)</small>	

Oświadczenie:

Oświadczam, że podane przez mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy	<input type="text"/>
Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.	<input type="text"/>
Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.	
Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.	
Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 z późn. zm.), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AWP Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.	

How can we help?

Koniec dokumentu:

Poszkodowany

Zgłaszający szkodę

data i podpis

data i podpis

POTRZEBNE DOKUMENTY:

- dowody poniesionych kosztów i potwierdzenia ich opłaty,
- dokumenty stwierdzające przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia;

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których AWP Polska Sp. z o.o. nie było poinformowane lub z jakichkolwiek względów nie posiadało o nich informacji, zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia dodatkowych dokumentów lub informacji w celu weryfikacji zgłoszonych roszczeń.

Oświadczenie:

Oświadczam, iż nie będę się ubiegać o odszkodowanie z tytułu przedmiotowej szkody w innym zakładzie ubezpieczeń

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Wniosek należy wysłać na adres:
Sekcja likwidacji szkód turystycznych
AWP Polska Sp. z o.o.
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa

How can we help?