

**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)

**Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia**

Przekaz pocztowy:

Przelew na rachunek

**Dokładny opis zdarzenia**

**Świadkowie**

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktowa(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym?  TAK  NIE

**Szkoda osobowa:**

Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był trzeźwy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy poszkodowany miał prawo przebywać w miejscu wypadku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia:		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczyl się po wypadku		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Czy leczenie zostało zakończone:		
<input type="checkbox"/> TAK	Data zakończenia leczenia	<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>
<input type="checkbox"/> NIE	Przewidywana data zakończenia leczenia	<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>
Czy nastąpił zgon poszkodowanego?		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Data zgonu		<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>

**Informacje ogólne:**

Czy o zdarzeniu poinformowano:

- Policję  TAK  NIE
- Pogotowie  TAK  NIE
- Instytucja/osoba  TAK  NIE

**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

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

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. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

**Koniec dokumentu:**

Poszkodowany	Zgłaszający szkodę	Ubezpieczający
<input type="text" value="data i podpis"/>	<input type="text" value="data i podpis"/>	<input type="text" value="data i podpis"/>

**POTRZEBNE DOKUMENTY:**

- dokumentacja medyczna z leczenia ubezpieczonego w kraju i zagranicą;
- zaświadczenie o zakończonym leczeniu

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których AWP Polska 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.

Wniosek należy wysłać na adres:  
 Sekcja likwidacji szkód turystycznych  
 AWP Polska Sp. z o.o.  
 ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa