ZGŁOSZENIE SZKODY (OC)

MONDIAL ASSISTANCE

Ubezpieczający:

Imię i nazwisko / nazwa firmy				
Adres:	ulica	numer	kod pocztowy	miejscowość
Telefon				

Ubezpieczony:

Imię i nazwisko / nazwa firmy				
Adres:	ulica	numer	kod pocztowy	miejscowość
Data urodzenia	DD / MM / RRRR			
Telefon kontaktowy				
PESEL				
Adres e-mail				

Poszkodowany:

Imię i nazwisko / nazwa firmy				
Adres:	ulica	numer	kod pocztowy	miejscowość
Data urodzenia	DD / MM / RRRR			
Telefon kontaktowy				
PESEL				
Adres e-mail				

Szkoda:

Okres ubezpieczenia	od DD / MM / RRRR	do DD / MM / RRRR		
Numer polisy				
Suma gwarancyjna				
Data i godzina powstania szkody				
Data ujawnienia szkody	DD / MM / RRRR	Data zgłoszenia szkody	DD / MM / RRRR	
Miejsce powstania szkody				
(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)				
Kwota roszczenia				
Dokładny opis zdarzenia				
Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia				

How can we help?

MONDIAL ASSISTANCE

Świadkowie

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym?	☐ TAK	☐ NIE
Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był trzeźwy?	☐ TAK	☐ NIE
Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?	☐ TAK	☐ NIE
Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku?	☐ TAK	☐ NIE

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczył się po wypadku

Czy leczenie zostało zakończone:

☐ TAK Data zakończenia leczenia DD / MM / RRRR

☐ NIE Przewidywana data zakończenia leczenia DD / MM / RRRR

Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo?	☐ TAK	☐ NIE
Czy nastąpił zgon poszkodowanego?	☐ TAK	☐ NIE
Data zgonu	DD / MM / RRRR	

Ogólna charakterystyka zniszczonego lub uszkodzonego mienia

Czy poszkodowany zgłosił roszczenie w innej firmie ubezpieczeniowej

☐ TAK ☐ NIE (nazwa)

Informacje ogólne:

Czy o zdarzeniu poinformowano:

• Policję	☐ TAK	☐ NIE	(nazwa i adres)
• Prokuraturę	☐ TAK	☐ NIE	(nazwa i adres)
• Straż Pożarną	☐ TAK	☐ NIE	
• Pogotowie	☐ TAK	☐ NIE	
• Instytucja/osoba	☐ TAK	☐ NIE	(nazwa i adres)

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	(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)
Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.	(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

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.

MONDIAL ASSISTANCE

Koniec dokumentu:

Poszkodowany	Zgłaszający szkodę	Ubezpieczający
data i podpis	data i podpis	data i podpis

POTRZEBNE DOKUMENTY:

- **dokumentacja z policji**, **prokuratury lub sądu**, jeżeli zdarzenie w wyniku którego doszło do powstania szkody było przedmiotem postępowania ww. organów (kopia notatki służbowej policji dotyczącej okoliczności i przyczyn zajścia zdarzenia; w przypadku braku możliwości uzyskania ww. dokumentu należy podać dokładne dane adresowe organów policji lub prokuratury prowadzących postępowanie wyjaśniające w związku z przedmiotowym zdarzeniem)
- **dokumentacja medyczna** z leczenia poszkodowanego (w przypadku szkody na osobie)
- **dowody poniesionych kosztów** za naprawę lub zakup uszkodzonej rzeczy

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.

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?