Allianz

ZGŁOSZENIE SZKODY (BAGAŻ)
CLAIM FORM (LUGGAGE)

Ubezpieczający: (dane osoby lub firmy, która zawarła umowę ubezpieczenia)
Policyholder: (details of the person or company which has entered into the insurance contract)

Imię i nazwisko / nazwa firmy Name and surname / company name				
Adres Address	ulica / street	numer / number	kod pocztowy / postal code	miejscowość / city / town
Telefon Phone no.				

Ubezpieczony (Poszkodowany):
Person Insured (Injured Party):

Imię i nazwisko / nazwa firmy Name and surname / company name				
Adres Address	ulica / street	numer / number	kod pocztowy / postal code	miejscowość / city / town
Data urodzenia Date of birth	DD / MM / RRRR			
Telefon kontaktowy Contact telephone no.				
PESEL PESEL No.				
Adres e-mail E-mail address				

Szkoda:
Loss:

Okres ubezpieczenia / Insurance period: od / from DD / MM / RRRR do / to DD / MM / RRRR

Numer polisy / Policy number:

Kraj zdarzenia / Country where event took place:

Data i godzina powstania szkody / Date and time when loss occurred:

Data zgłoszenia szkody / Date when loss was reported: DD / MM / RRRR

Miejsce powstania szkody / Place where loss occurred

nazwa, obszar, miejscowość, ulica / name, area, city/town, street

Rodzaj szkody / Type of loss:

- ☐ Zagubienie / kradzież bagażu / Lost / stolen luggage
- ☐ Braki w zawartości bagażu / Missing items in luggage
- ☐ Opóźnienie w dostarczeniu bagażu / Delay in luggage delivery
- ☐ Inne / Other:

Szacunkowa wartość szkody / Estimate value of the loss

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia / Instruction of the benefit payment

☐ Przekaz pocztowy:
Postal transfer:

adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej / residence address, if different than the one provided above

Imię i nazwisko posiadacza rachunku
Name and surname of the account holder

☐ Przelew na rachunek
Transfer to a bank account

Centrum Operacyjnej i Telefonicznej Obsługi Klienta tel. +48 224 224 224

Operational and Telephone Client Service Centre +48 224 224 224

Allianz

Opis zdarzenia / Description of the event

Czy poszkodowany posiada ubezpieczenie w innej firmie ubezpieczeniowej?
Is the injured party insured by another insurance company?

☐ TAK / YES ☐ NIE / NO nazwa / name

Czy poszkodowany otrzymał odszkodowanie od osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę (np. z linii lotniczych)
Did the injured party receive compensation from third parties responsible for the loss (e.g. the airline)?

☐ TAK / YES ☐ NIE / NO

Informacje ogólne / General information:

Czy o zdarzeniu poinformowano:
Were the following institutions informed about the event:

- Policję / Police ☐ TAK / YES ☐ NIE / NO nazwa i adres / name and address
- Administrację (np. właściciel hotelu)
  Management (e.g. hotel owner) ☐ TAK / YES ☐ NIE / NO
- Przewoźnika odpowiedzialnego za przewóz bagażu
  Carrier responsible for transport of luggage ☐ TAK / YES ☐ NIE / NO

Oświadczenie / Declaration:

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.
I declare that the data I have provided in the form are true. I am aware of the penal liability for providing false data or withholding circumstances which are important for the case.

data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni / date and signature of the insured person or legal guardian if the insured person is a minor

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.
I give consent for receiving correspondence concerning the claim in question through e-mail to the address provided in this form.

data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni / date and signature of the insured person or legal guardian if the insured person is a minor

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.
Provision of the above-mentioned data is necessary for settlement of the claim filed.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne".
Pursuant to Article 6 of the Civil Code, "The obligation to prove the fact rests with the person who derives legal consequences from that fact".

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce 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.
On the basis of the Personal Data Protection Act (Journal of Laws 2018 item 1000), I hereby inform you that your personal data will be processed by AWP P&C S.A. Branch in Poland, with its registered office in Warsaw, at ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa, for the purpose of and regarding performance of the insurance contract. You have the right to access your personal data and correct them.

Koniec dokumentu / End of document:

Poszkodowany / Injured Party	Zgłaszający szkodę / Party filing the claim	Ubezpieczający / Policy holder
data i podpis / date and signature	data i podpis / date and signature	data i podpis / date and signature

Centrum Operacyjnej i Telefonicznej Obsługi Klienta tel. +48 224 224 224

Operational and Telephone Client Service Centre +48 224 224 224

Allianz

POTRZEBNE DOCUMENTY / NECESSARY DOCUMENTS:

- **dokumentacja medyczna** z leczenia ubezpieczonego w kraju i zagranicą
  medical documentation confirming insured person's treatment in Poland and abroad
- **zaświadczenie o zakończonym leczeniu**
  certificate confirming completion of treatment

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których AWP P&C 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.
Should important circumstances, facts or data be identified which AWP P&C was not informed about, or, for any reasons, was not aware of, it reserves the right to request additional documentation or information in order to verify the claims reported.

Oświadczenie / Declaration:

Oświadczam, iż nie będę się ubiegać o odszkodowanie z tytułu przedmiotowej szkody w innym zakładzie ubezpieczeń.
I declare that I will not pursue compensation on account of the loss in question from another insurance company.

data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni
date and signature of the insured person or legal guardian if the insured person is a minor

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych dotyczących Pana/Pani/dziecka stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (w tym do likwidacji szkody)? (Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx).
Do you give consent for the processing of personal data concerning your/child's health status to the extent necessary to perform the insurance contract (including claim settlement)? (This consent is voluntary but necessary to conclude and perform an insurance contract. The up-to-date content of the Privacy Policy is always available at http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx).

☐ TAK / YES ☐ NIE / NO

Centrum Operacyjnej i Telefonicznej Obsługi Klienta tel. +48 224 224 224

Operational and Telephone Client Service Centre +48 224 224 224

Wniosek należy wysłać na adres korespondencyjny:
Sekcja likwidacji szkód turystycznych
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa
lub adres mailowy: pmu.szkody@mondial-assistance.pl

The form needs to be sent to the correspondence address:
Sekcja likwidacji szkód turystycznych
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
[Travel claim settlement section AWP P&C S.A. Branch in Poland]
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa
or e-mail address: pmu.szkody@mondial-assistance.pl