

.....

Świadkowie / Witnesses

.....

imię i nazwisko, adres, telefon / name and surname, address, telephone no.

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym Allianz Travel? TAK / YES NIE / NO
 Did you get in touch with the Emergency Center Allianz Travel?

Szkoda osobowa:
Personal injury:

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem alkoholu? TAK / YES NIE / NO
 Was the insured person under the influence of alcohol at the time of the incident?

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających? TAK / YES NIE / NO
 Was the insured person under influence of drugs or other narcotic substances at the time of the event?

Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku? TAK / YES NIE / NO
 Did the insured person have the right to be at the place accident?

Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia:
 Description of the bodily injury suffered by the injured party as a result of the event:

.....

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczył się po wypadku
 Name of the facility where the injured party underwent medical treatment after the accident

.....

Czy leczenie zostało zakończone: / Has the medical treatment been completed:

TAK / YES Data zakończenia leczenia / Treatment completion date

NIE / NO Przewidywana data zakończenia leczenia / Anticipated treatment completion date

Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo?
 Was the injured person professionally active at the time of the event? TAK / YES NIE / NO

Czy nastąpił zgon poszkodowanego? / Did the injured party die? TAK / YES NIE / NO

Data zgonu / Date of death

Informacje ogólne
General information:

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

- Policję / Police TAK / YES NIE / NO
- Pogotowie / Emergency Amb. Service TAK / YES NIE / NO
- Instytucję/osobę / Other institution/person TAK / YES NIE / NO

Oświadczenie / Declaration:

<p>Oświadczam, że podane przeze mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy.</p> <p>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.</p>	<p>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</p>
<p>Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.</p> <p>I give consent for receiving correspondence concerning the claim in question through e-mail to the address provided in this form.</p>	<p>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</p>
<p>Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.</p> <p>Provision of the above-mentioned data is necessary for settlement of the claim filed.</p>	
<p>Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.</p> <p>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”.</p>	
<p>Administratorem danych osobowych jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa. Aktualna informacja na temat przetwarzania danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia jest zawsze dostępna pod adresem http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx.</p> <p>AWP P&C S.A. Branch in Poland with its registered office in Warsaw, at ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warsaw is the Data Controller. The up-to-date information on personal data processing by AWP P&C S.A. Branch in Poland for the purpose of the proper performance of insurance agreement (among other things) is always available at http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx.</p>	

Koniec dokumentu / End of document:

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

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.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz likwidacji szkód ubezpieczeniowych. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia.

I consent to the processing of data concerning my health as required to: assessing the insurance risk, entering into and performing the insurance agreement and adjusting insurance losses. Giving consent is voluntary; however, it is indispensable to enter into and perform the insurance agreement.

TAK / YES NIE / NO

Wniosek należy wysłać na adres korespondencyjny:
 Sekcja likwidacji szkód turystycznych
 AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
 ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa
 lub adres mailowy: pmu.szkoody@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. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa
 or e-mail address: pmu.szkoody@mondial-assistance.pl