

Ubezpieczający:

Imię i nazwisko / nazwa firmy	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna		
Adres:	Grzybowska <small>ulica</small>	53/57 <small>numer</small>	00-950 <small>kod pocztowy</small>
			Warszawa <small>miejsowość</small>

Ubezpieczony (Poszkodowany):

Imię i nazwisko / nazwa firmy			
Adres:	<small>ulica</small>	<small>numer</small>	<small>kod pocztowy</small>
Data urodzenia	DD / MM / RRRR		
Telefon kontaktowy			
PESEL			
Adres e-mail			
Numer karty kredytowej Banku Pekao S.A.		XXXXXX	

Szkoda:

Nazwa ubezpieczenia	Ubezpieczenie w podróży zagranicznej posiadaczy kart Banku Polska Kasa Opieki S.A.		
Data i godzina powstania szkody			
Data ujawnienia szkody	DD / MM / RRRR	Data zgłoszenia szkody	DD / MM / RRRR
Miejsce powstania szkody	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)</p>		
Czego dotyczyła udzielona pomoc:	<input type="checkbox"/> Leczenie ambulatoryjne <input type="checkbox"/> Leczenie szpitalne <input type="checkbox"/> Inne usługi gwarantowane w umowie; jakie		
Wysokość kosztów:	<input type="checkbox"/> Leczenia <input type="checkbox"/> Transportu <input type="checkbox"/> Innych usług		
Kto pokrył ww. koszty			
Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia	<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy: <small>adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej</small> <input type="checkbox"/> Przelew na rachunek		
Dokładny opis zdarzenia i ewentualnie opis obrażeń	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

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"/>
Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. – Prawo bankowe (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665 z późn. zm.) upoważniam Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Grzybowskiej 53/57, do przekazania AWP Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B lub/i Towarzystwu Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ulicy Rodziny Hiszpańskich 1, moich danych osobowych takich jak, imię i nazwisko, numer PESEL, nazwa, numer i rodzaj karty, okres ważności karty w zakresie i celu niezbędnym do realizacji ochrony ubezpieczeniowej.	<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.	

Koniec dokumentu:

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

POTRZEBNE DOKUMENTY:

- kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego lub osoby zgłaszającej szkodę;
- dokument zawierający diagnozę lekarską;
- dokument stwierdzający przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczący innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia;
- dowody poniesionych kosztów;
- karta wypadku lub protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku wraz z załącznikami do protokołu wypadkowego – jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
- notatkę policyjną z miejsca zdarzenia – jeżeli była sporządzona;
- orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie, jeżeli postępowanie takie było w danym wypadku prowadzone, a także inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia;
- dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia wskazane przez Centrum Operacyjne oraz dokumentacja medyczna w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia, z zastrzeżeniem § 20 ust. 8 s.w.u.

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?