

**ZGŁOSZENIE SZKODY (OC)****Ubezpieczający:** (dane osoby lub firmy, która zawarła umowę ubezpieczenia)

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

**Ubezpieczony:**

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

**Poszkodowany:**

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

**Szkoda:**

Okres ubezpieczenia	od	DD / MM / RRRR	do	DD / MM / RRRR
Numer polisy				
Kraj zdarzenia				
Data i godzina powstania szkody				
Data ujawnienia szkody	DD / MM / RRRR	Data zgłoszenia szkody	DD / MM / RRRR	
Miejsce powstania szkody				
<small>(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)</small>				
Kwota roszczenia				
Dokładny opis zdarzenia				

Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia

.....  
 .....  
 .....

Świadkowie

.....  
 .....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktowa(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 leczyl się po wypadku

.....  
 .....

Czy leczenie zostało zakończone:

TAK Data zakończenia leczenia

NIE Przewidywana data zakończenia leczenia

Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo?  TAK  NIE

Czy nastąpił zgon poszkodowanego?  TAK  NIE

Data zgonu

Ogólna charakterystyka zniszczonego lub uszkodzonego mienia

.....  
 .....  
 .....

Czy poszkodowany zgłosił roszczenie w innej firmie ubezpieczeniowej

TAK  NIE

**Informacje ogólne:**

Czy o zdarzeniu poinformowano:

• Policję  TAK  NIE

• Prokuraturę  TAK  NIE

• Straż Pożarną  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. 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. 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
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 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.

**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)

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>).

 TAK

 NIE

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