

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:

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

Poszkodowany:

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

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><small>(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)</small></p>		
Kwota roszczenia			
Dokładny opis zdarzenia	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		

Świadkowie

.....

 (imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był trzeźwy?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczyl się po wypadku

.....

Czy leczenie zostało zakończone:

<input type="checkbox"/> TAK	Data zakończenia leczenia	<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>
<input type="checkbox"/> NIE	Przewidywana data zakończenia leczenia	<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>

Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy nastąpił zgon poszkodowanego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Data zgonu	<input type="text" value="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	<small>(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)</small>
Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.	<small>(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)</small>
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 Mondial Assistance 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.	<small>(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)</small>
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 Mondial Assistance 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:

- **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)
- **oryginalne rachunki** za naprawę lub zakup uszkodzonej / zniszczonej rzeczy (w przypadku szkody na rzeczy)

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których Mondial Assistance 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.

Wniosek należy wysłać na adres:
 Sekcja likwidacji szkód turystycznych
 Mondial Assistance Sp. z o.o.
 ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa

Nie wiesz jak wypełnić wniosek? Zadzwoń (+48) 22 522 26 88

How can we help?