

**Ubezpieczający:**

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres:

Telefon

**Ubezpieczony (Poszkodowany):**

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Adres:

Data urodzenia

Telefon kontaktowy

PESEL

Adres e-mail

**Szkoda:**

Okres ubezpieczenia od  do

Numer polisy

Suma gwarancyjna

Data i godzina powstania szkody

Data ujawnienia szkody  Data zgłoszenia szkody

Miejsce powstania szkody

(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)

Czego dotyczyła udzielona pomoc:

Leczenie ambulatoryjne

Leczenie szpitalne

Inne usługi gwarantowane w umowie; jakie

Wysokość kosztów:

Leczenia

Transportu

Innych usług

Kto pokrył ww. koszty

Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia

Przekaz pocztowy:

Przelew na rachunek

Dokładny opis zdarzenia i ewentualnie opis obrażeń

Świadkowie

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

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktował(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 poszkodowany jest objęty ubezpieczeniem społecznym?  
 TAK  NIE

(nazwa Kasy Chorych)

Czy poszkodowany posiada inne ubezpieczenie?  
 TAK  NIE

(nazwa firmy ubezpieczeniowej)

Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku?  TAK  NIE

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczył się po wypadku

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

Czy przed wypadkiem u poszkodowanego występowały choroby samoistne, jakie?  
 TAK  NIE

**Informacje ogólne:**

Czy o zdarzeniu poinformowano:

- Policję  TAK  NIE
- Pogotowie  TAK  NIE
- Instytucja/osoba  TAK  NIE

(nazwa i adres)

**Upoważnienie dla placówek medycznych:**

Ja, niżej podpisany/a   
 zam.

upoważniam wszystkich lekarzy, szpitale, inne placówki opieki medycznej, a także zakłady ubezpieczeń lub osoby, które posiadają moje dane osobowe oraz dane dotyczące mojego stanu zdrowia, do udzielania w każdym czasie, na wniosek AWP Polska, pełnej informacji dotyczącej mojej historii choroby, związanej z przebytymi chorobami, fizycznym i psychicznym stanem zdrowia, pobytami w szpitalu, udzielonymi poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. **W tym zakresie zwalniam lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.**

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

**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

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

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. 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

data i podpis

data i podpis

**POTRZEBNE DOKUMENTY:**

- dowody poniesionych kosztów i potwierdzenia ich opłaty,
- dokumenty stwierdzające przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej lub dotyczące innych kosztów objętych zakresem ubezpieczenia;

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których AWP Polska Sp. z o.o. 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. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa