

## ZGŁOSZENIE SZKODY (OC)

CLAIM FORM (TPL)

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

**Policyholder:** (details of the person or company which has entered into the insurance contract)

Imię i nazwisko / nazwa firmy Name and surname / company name			
Adres Address	ulica / street	numer / number	kod pocztowy / postal code miejsowość / city / town
Telefon Phone no.			

## Ubezpieczony:

**Person Insured:**

Imię i nazwisko / nazwa firmy Name and surname / company name			
Adres Address	ulica / street	numer / number	kod pocztowy / postal code miejsowość / city / town
Data urodzenia Date of birth	DD / MM / RRRR		
Telefon kontaktowy Contact telephone no.			
PESEL PESEL No.			
Adres e-mail E-mail address			

## Poszkodowany:

**Injured Party:**

Imię i nazwisko / nazwa firmy Name and surname / company name			
Adres Address	ulica / street	numer / number	kod pocztowy / postal code miejsowość / city / town
Data urodzenia Date of birth	DD / MM / RRRR		
Telefon kontaktowy Contact telephone no.			
PESEL PESEL No.			
Adres e-mail E-mail address			

## Szkoda:

**Loss:**

Okres ubezpieczenia Insurance period	od / from	DD / MM / RRRR	do / to	DD / MM / RRRR
Numer umowy Contract number	<input type="text"/>			
Kraj zdarzenia Country where event took place	<input type="text"/>			
Data i godzina powstania szkody Date and time when loss occurred	<input type="text"/>			
Data ujawnienia szkody Date when loss was disclosed	DD / MM / RRRR	Data zgłoszenia szkody Date when loss was reported	DD / MM / RRRR	
Miejsce powstania szkody / Place where loss occurred  <hr/> <hr/> <hr/> nazwa, obszar, miejscowość, ulica / name, area, city/town, street				
Kwota roszczenia Claim amount	<input type="text"/>			

<b>Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia</b> Instruction of the benefit payment	
<input type="checkbox"/> <b>Przekaz pocztowy:</b> Postal transfer:	<input type="text"/>
<small>adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej / residence address, if different than the one provided above</small>	
<b>Imię i nazwisko posiadacza rachunku</b> Name and surname of the account holder	
<input type="checkbox"/> <b>Przelew na rachunek:</b> Transfer to a bank account:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Dokładny opis zdarzenia / Detailed description of the event</b>	
<input type="text"/>	
<b>Opis obrażeń ciała, jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia</b> Description of the bodily injuries suffered by the injured party as a result of the event	
<input type="text"/>	
<b>Świadkowie / Witnesses</b>	
<input type="text"/>	
<small>imię i nazwisko, adres, telefon / name and surname, address, telephone no.</small>	
<b>Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym Allianz Travel?</b> Did you get in touch with the Emergency Center Allianz Travel?	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO
<b>Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem alkoholu?</b> Was the insured person under the influence of alcohol at the time of the incident?	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO
<b>Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?</b> Was the insured person under influence of drugs or other narcotic substances at the time of the event?	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO
<b>Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku?</b> Did the insured person have the right to be at the place accident?	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO
<b>Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczył się po wypadku</b> Name of the facility where the injured party underwent medical treatment after the accident	
<input type="text"/>	
<b>Czy leczenie zostało zakończone: / Has the medical treatment been completed:</b>	
<input type="checkbox"/> TAK / YES	Data zakończenia leczenia / Treatment completion date
	<input type="text"/> DD / MM / RRRR
<input type="checkbox"/> NIE / NO	Przewidywana data zakończenia leczenia Anticipated treatment completion date
	<input type="text"/> DD / MM / RRRR
<b>Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo?</b> Was the injured person professionally active at the time of the event?	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO
<b>Czy nastąpił zgon poszkodowanego? / Did the injured party die?</b>	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO
<b>Data zgonu / Date of death</b>	<input type="text"/> DD / MM / RRRR

Ogólna charakterystyka zniszczonego lub uszkodzonego mienia / General description of the destroyed or damaged property

Czy poszkodowany zgłosił roszczenie w innej firmie ubezpieczeniowej ?

Did the injured party report the claim to another insurance company?

TAK / YES       NIE / NO

### Informacje ogólne / General information:

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

• Policję / Police	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO	<input type="text" value="nazwa i adres / name and address"/>
• Prokuraturę Prosecutor's Office	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO	<input type="text" value="nazwa i adres / name and address"/>
• Straż Pożarną Fire Brigade	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO	
• Pogotowie Emergency Amb. Service	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO	
• Instytucję/osobę Other institution/person	<input type="checkbox"/> TAK / YES <input type="checkbox"/> NIE / NO	<input type="text" value="nazwa i adres / name and address"/>

### Oświadczenie / Declaration:

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.

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.

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

I give consent for receiving correspondence concerning the claim in question through e-mail to the address provided in this form.

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.

Provision of the above-mentioned data is necessary for settlement of the claim filed.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.  
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".

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>.

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>.

### Koniec dokumentu / End of document:

Poszkodowany / Injured Party

Zgłaszający szkodę / Party filing the claim

data i podpis / date and signature

data i podpis / date and signature

## POTRZEBNE DOCUMENTY / NECESSARY DOCUMENTS:

- **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)  
**documentation from the Police, Prosecutor's Office or Court**, if the event resulting in the claim was the subject of proceedings of the above-mentioned bodies (copy of a police memo concerning the circumstances and causes of the event; if the above-mentioned document cannot be obtained, one should provide precise address details of the Police or Prosecutor's Office bodies which conduct investigation proceedings in connection with the event in question)
- **dokumentacja medyczna** z leczenia poszkodowanego (w przypadku szkody na osobie)  
**medical documentation** concerning the injured party's treatment (in the case of a personal injury)
- **dowody poniesionych kosztów** za naprawę lub zakup uszkodzonej rzeczy  
**evidence of the expenses** incurred to repair or purchase the damaged item

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.

## Oświadczenie / Declaration:

Oświadczam, iż nie będę się ubiegać o odszkodowanie z tytułu przedmiotowej szkody w innym zakładzie ubezpieczeń.

I declare that I will not pursue compensation on account of the loss in question from another insurance company.

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

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 wystąpić 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.szukody@mondial-assistance.pl](mailto:pmu.szukody@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.szukody@mondial-assistance.pl](mailto:pmu.szukody@mondial-assistance.pl)