

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>mięjscość</small> |

Ubezpieczony:

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

Poszkodowany:

| | | | |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| Imię i nazwisko / nazwa firmy | | | |
| Adres: | <small>ulica</small> | <small>numer</small> | <small>kod pocztowy</small> |
| | | | <small>mięjscość</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> | | |

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

(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)

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.

(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. 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

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 / zniszczonej rzeczy (w przypadku szkody na rzeczy)

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?