

Ubezpieczający:

Imię i nazwisko / nazwa firmy	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/> <small>ulica</small>	<input type="text"/> <small>numer</small>	<input type="text"/> <small>kod pocztowy</small>
Telefon	<input type="text"/>		

Ubezpieczony:

Imię i nazwisko / nazwa firmy	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/> <small>ulica</small>	<input type="text"/> <small>numer</small>	<input type="text"/> <small>kod pocztowy</small>
Data urodzenia	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy	<input type="text"/>		
PESEL	<input type="text"/>		
Adres e-mail	<input type="text"/>		

Poszkodowany:

Imię i nazwisko / nazwa firmy	<input type="text"/>		
Adres:	<input type="text"/> <small>ulica</small>	<input type="text"/> <small>numer</small>	<input type="text"/> <small>kod pocztowy</small>
Data urodzenia	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy	<input type="text"/>		
PESEL	<input type="text"/>		
Adres e-mail	<input type="text"/>		

Szkoda:

Okres ubezpieczenia	od	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>
Numer polisy	<input type="text"/>			
Suma gwarancyjna	<input type="text"/>			
Data i godzina powstania szkody	<input type="text"/>			
Data ujawnienia szkody	<input type="text"/>	Data zgłoszenia szkody	<input type="text"/>	
Miejsce powstania szkody	<input type="text"/> <small>(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)</small>			
Kwota roszczenia	<input type="text"/>			
Dokładny opis zdarzenia	<input type="text"/>			
Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia	<input type="text"/>			

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 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
(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)

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	Ubezpieczający
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <small>data i podpis</small>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <small>data i podpis</small>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <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)
- **dowody poniesionych kosztów** za naprawę lub zakup uszkodzonej 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