



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Formularz

zgłoszenia szkody z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

W celu szybkiego i sprawnego rozpatrzenia roszczenia prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na poniżej podany adres firmy świadczącej serwis likwidacji szkód i działającej w imieniu AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.

Do formularza prosimy dołączyć:

1. dokumenty potwierdzające wystąpienie roszczenia wobec Ubezpieczonego
2. protokół policji, jeżeli został sporządzony
3. zeznania świadków
4. kserokopię dokumentu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
5. dokumentację medyczną w przypadku szkody na osobie
6. oryginalne rachunki za naprawę lub zakup uszkodzonej/zniszczonej rzeczy

Adres do korespondencji:

Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
tel. +48 22 575 90 80

A. INFORMACJE OGÓLNE

1. **Nazwisko i imię osoby zgłaszającej**
(lub opiekuna prawnego)

2. Telefon kontaktowy

3. **Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej**

4. Adres

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

Telefon kontaktowy

5. Adres do korespondencji

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

6. Adres e-mail

Czy wyraża Pan/Pani zgodę, aby korespondencja była wysyłana do Pana/Pani również drogą elektroniczną?

Tak

Nie

7. Numer PESEL*

8. Numer polisy/rezerwacji podróży

9. Data i miejsce wykupienia polisy (dotyczy polis indywidualnych)

10. Nazwa biura podróży – organizatora podróży (dotyczy polis grupowych w ramach umów z organizatorami turystycznymi)

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. Czas podróży

od do

Kraj

C. DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Dane osoby poszkodowanej przez Ubezpieczonego

1. Imię i nazwisko

2. Adres zamieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

3. Data wypadku

godzina

4. Miejsce zdarzenia

* Dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej.

5. Okoliczności zdarzenia

Prosimy podać szczegółowy opis zdarzenia i okoliczności (jeśli uraz powstał w trakcie uprawiania sportu, prosimy podać dyscyplinę):

6. Czy Ubezpieczony (sprawca) był pod wpływem środków odurzających? Tak Nie

7. Czy Ubezpieczony (sprawca) był pod wpływem alkoholu? Tak Nie

8. Czy Ubezpieczonemu (sprawcy) wykonano badanie krwi? Tak Nie

9. Czy wszczęto postępowanie karne?
Jeżeli tak, to przeciwko komu? Tak Nie

10. Czy na miejscu został sporządzony raport policyjny? Tak Nie

11. Czy byli świadkowie wypadku?
Jeśli na pytanie udzielono odpowiedzi twierdzącej, prosimy podać dane personalne i adresy świadków: Tak Nie

12. Czy zdarzenie powstało wskutek? wyczynowego uprawiania sportu uprawiania sportów ekstremalnych wykonywania pracy fizycznej

uprawiania sportu (jeśli tak, to jakiej dyscypliny?) _____

innej przyczyny (jakiej?) _____

13. Przybliżona wielkość strat _____ waluta _____ kwota _____

14. Czy Ubezpieczony w świetle przepisów prawa czuje się odpowiedzialny za powstanie szkody?
Jeśli nie, to kto za to odpowiada? Tak Nie

15. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia przekaz pocztowy (prosimy podać adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej)

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

16. Numer rachunku bankowego Beneficjenta,
na którego rzecz ma zostać wypłacone odszkodowanie _____

17. Nazwa banku _____

18. Imię i nazwisko właściciela rachunku _____

D. DANE DOTYCZĄCE INNEGO UBEZPIECZYCIELA

1. Czy Ubezpieczony posiada inną polisę, obejmującą swym zakresem odpowiedzialność cywilną w życiu prywatnym?
Jeśli tak, prosimy podać nazwę firmy, adres oraz numer polisy: Tak Nie

2. Czy Ubezpieczony posiada kartę bankową, oferującą ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym?
Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, adres oraz numer karty: Tak Nie

E. OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych osobowych o stanie zdrowia oraz nałogach, wskazanych w niniejszym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu w celu wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Tak Nie

Data

Podpis osoby zgłaszającej szkodę (jeśli inna niż Ubezpieczony)

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia otrzymałem(am) informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych.

Tak Nie

Data

Podpis osoby zgłaszającej szkodę (jeśli inna niż Ubezpieczony)

Zobowiązuję się poinformować poszkodowanego o treści informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych.

Data

Podpis osoby zgłaszającej szkodę (jeśli inna niż Ubezpieczony)

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu druków, prosimy o kontakt: tel. +48 22 575 90 80 lub adres axa-likwidacja.szkod@ipa.com.pl.