



**Szkoda osobowa:**

Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był trzeźwy?  TAK  NIE

Czy w chwili zdarzenia poszkodowany był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?  TAK  NIE

Czy poszkodowany miał prawo przebywać w miejscu wypadku?  TAK  NIE

Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia:

.....

.....

.....

.....

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczyl się po wypadku

.....

.....

.....

.....

Czy leczenie zostało zakończone:

TAK      Data zakończenia leczenia      DD / MM / RRRR

NIE      Przewidywana data zakończenia leczenia      DD / MM / RRRR

Czy nastąpił zgon poszkodowanego?  TAK  NIE

Data zgonu      DD / MM / RRRR

**Informacje ogólne:**

Czy o zdarzeniu poinformowano:

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

**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. 2018 poz. 1000), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce 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
     <small>data i podpis</small>	     <small>data i podpis</small>	     <small>data i podpis</small>

**POTRZEBNE DOKUMENTY:**

- dokumentacja medyczna z leczenia ubezpieczonego w kraju i zagranicą;
- zaświadczenie o zakończonym leczeniu

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.

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na przetwarzanie danych dotyczących Pana/Pani/dziecka stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (w tym do likwidacji szkody)? (Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>).

 TAK NIE

Wniosek należy wysłać na adres korespondencyjny:  
Sekcja likwidacji szkód turystycznych  
AWP P&C S.A. Oddział w Polsce  
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa  
lub adres mailowy:  
[pmu.szkoody@mondial-assistance.pl](mailto:pmu.szkoody@mondial-assistance.pl)