



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?  Tak  Nie  
Jeśli nie, to kto za to odpowiada? \_\_\_\_\_

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?  Tak  Nie  
Jeśli tak, prosimy podać nazwę firmy, adres oraz numer polisy: \_\_\_\_\_

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

**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)