



więcej / niż standard

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 TUIR S.A.

Adres do korespondencji:

Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
tel. +48 22 575 90 80

Do formularza prosimy dołączyć:

1. polisę lub potwierdzenie dokonania rezerwacji podróży u touroperatora
2. dokumenty potwierdzające wystąpienie roszczenia wobec Ubezpieczonego
3. protokół policji, jeżeli został sporządzony
4. zeznania świadków
5. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)

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. Nr 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

C. DANE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Dane osoby poszkodowanej przez Ubezpiezonego

1. Imię i nazwisko

2. Adres zamieszkania

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu

3. Data wypadku

godzina

4. Miejsce zdarzenia

5. Okoliczności zdarzenia.

Prosimy o podanie szczegółowego opisu 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?

tak nie

Jeżeli tak, to przeciwko komu?

10. Czy na miejscu został sporządzony raport policyjny?

tak nie

11. Czy byli świadkowie wypadku?

tak nie

Jeśli na pytanie udzielono odpowiedzi twierdzącej, prosimy o podanie danych personalnych i adresu świadków:

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

16. Nazwa banku

17. 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 moich danych osobowych w celu realizacji niniejszego wniosku.

Niniejszym potwierdzam, iż podane powyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji może skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności karnej i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania.

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Data

Podpis zgłaszającego szkodę

Data

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 883 ze zmianami) informujemy, że podanie danych jest dobrowolne. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane i przetwarzane przez AXA TUIR S.A oraz Inter Partner Assistance Polska S.A., z siedzibą 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.