



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 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. dokumenty potwierdzające wystąpienie roszczenia wobec Ubezpieczonego
2. protokół policji, jeżeli został sporządzony
3. zeznania świadków
4. 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 Ubezpieczonego**

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.