



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.

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 moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i o nałogach, przez AXA TUIR S.A., z siedzibą w Warszawie, w celu likwidacji zgłoszonej szkody. Zobowiązuję się poinformować poszkodowanego o treści informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

**Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych**

Informujemy, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konieczne do realizacji umowy ubezpieczenia i rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia (wyłączny cel przetwarzania danych). Administratorem danych osobowych jest AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych.

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](mailto:axa-likwidacja.szkod@ipa.com.pl).