

### ZGŁOSZENIE SZKODY (NNW)

CLAIM FORM (ACCIDENT)

**Ubezpieczający:** (dane osoby lub firmy, która zawarła umowę ubezpieczenia)

**Policyholder:** (details of the person or company which has entered into the insurance contract)

Imię i nazwisko / nazwa firmy Name and surname / company name			
Adres Address	ulica / street	numer / number	kod pocztowy / postal code
Telefon Phone no.			

### Ubezpieczony (Poszkodowany):

Person Insured (Injured Party):

Imię i nazwisko / nazwa firmy Name and surname / company name			
Adres Address	ulica / street	numer / number	kod pocztowy / postal code
Data urodzenia Date of birth		DD / MM / RRRR	
Telefon kontaktowy Contact telephone no.			
PESEL PESEL No.			
Adres e-mail E-mail address			

### Szkoda:

Loss:

Okres ubezpieczenia Insurance period	od / from	DD / MM / RRRR	do / to	DD / MM / RRRR
Numer umowy Contract number				
Kraj zdarzenia Country where event took place				
Data i godzina powstania szkody Date and time when loss occurred				
Data ujawnienia szkody Date when loss was disclosed	DD / MM / RRRR	Data zgłoszenia szkody Date when loss was reported	DD / MM / RRRR	
Miejsce powstania szkody / Place where loss occurred				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     .....                      .....                      .....                      nazwa, obszar, miejscowość, ulica / name, area, city/town, street                 </div>				
Kwota roszczenia Claim amount				
Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia Instruction of the benefit payment				
<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy: Postal transfer:	adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej / residence address, if different than the one provided above			
Imię i nazwisko posiadacza rachunku Name and surname of the account holder				
<input type="checkbox"/> Przelew na rachunek: Transfer to a bank account:				
Dokładny opis zdarzenia / Detailed description of the event				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     .....                      .....                      .....                 </div>				

.....  
 .....  
 .....

**Świadkowie / Witnesses**

.....  
 .....

imię i nazwisko, adres, telefon / name and surname, address, telephone no.

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym Allianz Travel?  TAK / YES  NIE / NO  
 Did you get in touch with the Emergency Center Allianz Travel?

**Szkoda osobowa:**  
**Personal injury:**

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem alkoholu?  
 Was the insured person under the influence of alcohol at the time of the incident?  TAK / YES  NIE / NO

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?  
 Was the insured person under influence of drugs or other narcotic substances at the time of the event?  TAK / YES  NIE / NO

Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku?  
 Did the insured person have the right to be at the place accident?  TAK / YES  NIE / NO

**Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia:**  
 Description of the bodily injury suffered by the injured party as a result of the event:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczyl się po wypadku**  
 Name of the facility where the injured party underwent medical treatment after the accident

.....  
 .....

**Czy leczenie zostało zakończone: / Has the medical treatment been completed:**

TAK / YES      Data zakończenia leczenia / Treatment completion date        
 NIE / NO      Przewidywana data zakończenia leczenia / Anticipated treatment completion date     

Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo?  
 Was the injured person professionally active at the time of the event?  TAK / YES  NIE / NO

Czy nastąpił zgon poszkodowanego? / Did the injured party die?  TAK / YES  NIE / NO

Data zgonu / Date of death     

**Informacje ogólne**  
**General information:**

**Czy o zdarzeniu poinformowano:**  
 Were the following institutions informed about the event:

• Policję / Police       TAK / YES     NIE / NO      
 • Pogotowie / Emergency Amb. Service     TAK / YES     NIE / NO  
 • Instytucję/osobę / Other institution/person     TAK / YES     NIE / NO

## Oświadczenie / Declaration:

<p>Oświadczam, że podane przeze mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy.</p> <p>I declare that the data I have provided in the form are true. I am aware of the penal liability for providing false data or withholding circumstances which are important for the case.</p>	<p>data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni / date and signature of the insured person or legal guardian if the insured person is a minor</p>
<p>Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.</p> <p>I give consent for receiving correspondence concerning the claim in question through e-mail to the address provided in this form.</p>	<p>data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego - w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni / date and signature of the insured person or legal guardian if the insured person is a minor</p>
<p>Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.</p> <p>Provision of the above-mentioned data is necessary for settlement of the claim filed.</p>	
<p>Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.</p> <p>Pursuant to Article 6 of the Civil Code, “The obligation to prove the fact rests with the person who derives legal consequences from that fact”.</p>	
<p>Administratorem danych osobowych jest AWP P&amp;C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Konstruktorskiej 12, 02-673 Warszawa. Aktualna informacja na temat przetwarzania danych osobowych przez AWP P&amp;C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia jest zawsze dostępna pod adresem <a href="http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx">http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx</a>.</p> <p>AWP P&amp;C S.A. Branch in Poland with its registered office in Warsaw, at ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warsaw is the Data Controller. The up-to-date information on personal data processing by AWP P&amp;C S.A. Branch in Poland for the purpose of the proper performance of insurance agreement (among other things) is always available at <a href="http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx">http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx</a>.</p>	

## Koniec dokumentu / End of document:

<p>Poszkodowany / Injured Party</p> <p>data i podpis / date and signature</p>	<p>Zgłaszający szkodę / Party filing the claim</p> <p>data i podpis / date and signature</p>	<p>Ubezpieczający / Policy holder</p> <p>data i podpis / date and signature</p>
---	--	---

## POTRZEBNE DOCUMENTY / NECESSARY DOCUMENTS:

- **dokumentacja** medyczna z leczenia ubezpieczonego w kraju i zagranicą  
**medical documentation** confirming insured person's treatment in Poland and abroad
- **zaświadczenie o zakończonym leczeniu**  
**certificate confirming completion of treatment**

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.

Should important circumstances, facts or data be identified which AWP P&C was not informed about, or, for any reasons, was not aware of, it reserves the right to request additional documentation or information in order to verify the claims reported.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz likwidacji szkód ubezpieczeniowych. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia.

I consent to the processing of data concerning my health as required to: assessing the insurance risk, entering into and performing the insurance agreement and adjusting insurance losses. Giving consent is voluntary; however, it is indispensable to enter into and perform the insurance agreement.

TAK / YES    NIE / NO

Wniosek należy wysłać na adres korespondencyjny:  
 Sekcja likwidacji szkód turystycznych  
 AWP P&C S.A. Oddział w Polsce  
 ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa  
 lub adres mailowy: [pmu.szkoody@mondial-assistance.pl](mailto:pmu.szkoody@mondial-assistance.pl)

The form needs to be sent to the correspondence address:  
 Sekcja likwidacji szkód turystycznych  
 AWP P&C S.A. Oddział w Polsce  
 [Travel claim settlement section AWP P&C S.A. Branch in Poland]  
 ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa  
 or e-mail address: [pmu.szkoody@mondial-assistance.pl](mailto:pmu.szkoody@mondial-assistance.pl)