

**Ubezpieczający:**Imię i nazwisko / nazwa firmy 

Adres:	<input type="text" value="Senatorska"/>	<input type="text" value="12"/>	<input type="text" value="00-082"/>	<input type="text" value="Warszawa"/>
	ulica	numer	kod pocztowy	mięscowość

Telefon **Ubezpieczony:**Imię i nazwisko / nazwa firmy 

Adres:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ulica	numer	kod pocztowy	mięscowość

Data urodzenia	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dzień		miesiąc		rok			

Telefon kontaktowy PESEL Adres e-mail **Poszkodowany:**Imię i nazwisko / nazwa firmy 

Adres:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ulica	numer	kod pocztowy	mięscowość

Data urodzenia	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dzień		miesiąc		rok			

Telefon kontaktowy PESEL Adres e-mail Metoda aktywacji ubezpieczenia 

Data aktywacji ubezpieczenia	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Data przekroczenia granicy	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dzień		miesiąc		rok					dzień		miesiąc		rok		

**Szkoda:**Numer polisy Data i godzina powstania szkody 

Data ujawnienia szkody	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Data zgłoszenia szkody	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	dzień		miesiąc		rok					dzień		miesiąc		rok		

Miejsce powstania szkody	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

(nazwa, obszar, miejscowość, ulica)

Kwota roszczenia

Dokładny opis zdarzenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Opis obrażeń ciała jakich doznał poszkodowany w wyniku zdarzenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Świadkowie

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(imię i nazwisko, adres, telefon)

Czy kontaktował(a) się Pan(i) z Centrum Alarmowym?  Tak  Nie

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był trzeźwy?  Tak  Nie

Czy w chwili zdarzenia ubezpieczony był pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających?  Tak  Nie

Czy ubezpieczony miał prawo przebywać w miejscu wypadku?  Tak  Nie

Nazwa placówki w jakiej poszkodowany leczyl się po wypadku

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy leczenie zostało zakończone:

Tak Data zakończenia leczenia

-   -

dzień miesiąc rok

Nie Przewidywana data zakończenia leczenia

-   -

dzień miesiąc rok

Czy w chwili wypadku poszkodowany był czynny zawodowo?  Tak  Nie

Czy nastąpił zgon poszkodowanego?

Tak  Nie

Data zgonu

-   -

dzień miesiąc rok

Ogólna charakterystyka zniszczonego lub uszkodzonego mienia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Czy poszkodowany zgłosił roszczenie w innej firmie ubezpieczeniowej

Tak  Nie

  
(nazwa)

### Informacje ogólne:

Czy o zdarzeniu poinformowano:

• Policję  Tak  Nie

  
(nazwa i adres)

• Prokuraturę  Tak  Nie

  
(nazwa i adres)

• Straż Pożarną  Tak  Nie

• Pogotowie  Tak  Nie

• Instytucja/osoba  Tak  Nie

  
(nazwa i adres)

### Oświadczenie:

Oświadczam, że podane przez mnie dane w formularzu odpowiadają prawdzie. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych danych lub zatajenie okoliczności istotnych dla sprawy

  
(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji dotyczącej przedmiotowej szkody za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym zgłoszeniu.

  
(data i podpis ubezpieczonego lub opiekuna prawnego – w przypadku gdy ubezpieczony jest nieletni)

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.

Zgodnie z art. 6 kodeksu cywilnego „Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne”.

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002r., poz. 926 z późn. zm.), informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Poszkodowany

data i podpis

Zgłaszający szkodę

data i podpis

### POTRZEBNE DOKUMENTY:

- **dokumentacja z policji, prokuratury lub sądu**, jeżeli zdarzenie w wyniku którego doszło do powstania szkody było przedmiotem postępowania ww. organów (kopia notatki służbowej policji dotyczącej okoliczności i przyczyn zajścia zdarzenia; w przypadku braku możliwości uzyskania ww. dokumentu należy podać dokładne dane adresowe organów policji lub prokuratury prowadzących postępowanie wyjaśniające w związku z przedmiotowym zdarzeniem)
- **dokumentacja medyczna** z leczenia poszkodowanego (w przypadku szkody na osobie)
- **oryginalne rachunki** za naprawę lub zakup uszkodzonej / zniszczonej rzeczy (w przypadku szkody na rzeczy)

W przypadku ujawnienia istotnych okoliczności, faktów lub danych, o których Mondial Assistance 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.

Wniosek należy wysłać na adres:  
Sekcja likwidacji szkód turystycznych  
Mondial Assistance Sp. z o.o.  
ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa

**How can we help?**

Nie wiesz jak wypełnić wniosek? Zadzwoń (+48) 22 522 26 88