

ZGŁOSZENIE SZKODY (BAGAŻ)

CLAIM FORM (LUGGAGE)

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				<input type="text"/>					
Adres Address		ulica / street		numer / number		kod pocztowy / postal code		mięscowość / city / town	
Telefon Phone no.		<input type="text"/>							

Ubezpieczony (Poszkodowany):

Person Insured (Injured Party):

Imię i nazwisko / nazwa firmy Name and surname / company name				<input type="text"/>					
Adres Address		ulica / street		numer / number		kod pocztowy / postal code		mięscowość / city / town	
Data urodzenia Date of birth		<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>							
Telefon kontaktowy Contact telephone no.		<input type="text"/>							
PESEL PESEL No.		<input type="text"/>							
Adres e-mail E-mail address		<input type="text"/>							

Szkoda:

Loss:

Okres ubezpieczenia Insurance period		od / from		<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>		do / to		<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>	
Numer umowy Contract number		<input type="text"/>							
Kraj zdarzenia Country where event took place		<input type="text"/>							
Data i godzina powstania szkody Date and time when loss occurred		<input type="text"/>							
Data zgłoszenia szkody Date when loss was reported		<input type="text" value="DD / MM / RRRR"/>							
Miejsce powstania szkody / Place where loss occurred									
<input type="text"/>									
nazwa, obszar, miejscowość, ulica / name, area, city/town, street									
Rodzaj szkody / Type of loss:									
<input type="checkbox"/> Zagubienie / kradzież bagażu / Lost / stolen luggage									
<input type="checkbox"/> Braki w zawartości bagażu / Missing items in luggage									
<input type="checkbox"/> Opóźnienie w dostarczeniu bagażu / Delay in luggage delivery									
<input type="checkbox"/> Inne / Other:		<input type="text"/>							
Szacunkowa wartość szkody / Estimate value of the loss		<input type="text"/>							
Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia / Instruction of the benefit payment									
<input type="checkbox"/> Przekaz pocztowy: Postal transfer:		<input type="text"/>							
		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="text"/>							
<input type="checkbox"/> Przelew na rachunek: Transfer to a bank account:		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Opis zdarzenia / Description of the event

.....

.....

.....

.....

.....

Czy poszkodowany posiada ubezpieczenie w innej firmie ubezpieczeniowej?
Is the injured party insured by another insurance company?

TAK / YES

NIE / NO

Czy poszkodowany otrzymał odszkodowanie od osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę (np. z linii lotniczych)?
Did the injured party receive compensation from third parties responsible for the loss (e.g. the airline)?

TAK / YES

NIE / NO

Informacje ogólne / General information:

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

.....

• Policję / Police

TAK / YES

NIE / NO

• Administrację (np. właściciel hotelu)
Management (e.g. hotel owner)

TAK / YES

NIE / NO

• Przewoźnika odpowiedzialnego za przewóz bagażu
Carrier responsible for transport of luggage

TAK / YES

NIE / NO

Oświadczenie / Declaration:

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.

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.

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

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

I give consent for receiving correspondence concerning the claim in question through e-mail to the address provided in this form.

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

Podanie powyższych danych jest niezbędne do likwidacji zgłaszanej szkody.

Provision of the above-mentioned data is necessary for settlement of the claim filed.

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

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".

Administratorem danych osobowych jest AWP P&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&C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należytego wykonywania umowy ubezpieczenia jest zawsze dostępna pod adresem <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>.

AWP P&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&C S.A. Branch in Poland for the purpose of the proper performance of insurance agreement (among other things) is always available at <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>.

Koniec dokumentu / End of document:

Poszkodowany / Injured Party

Zgłaszający szkodę / Party filing the claim

data i podpis / date and signature

data i podpis / date and signature

POTRZEBNE DOCUMENTY / NECESSARY DOCUMENTS:

- **spis uszkodzonych lub utraconych przedmiotów** sporządzony przez ubezpieczonego i potwierdzony przez odpowiednie władze lub osobę czy firmę odpowiedzialną za przechowywanie lub przewóz bagażu;
- **dokumentacja potwierdzająca utratę, zniszczenie lub uszkodzenie bagażu;**
- **bilety lub kwity bagażowe oraz dowody poniesionych kosztów** na naprawę uszkodzonego bagażu podróznego;
- **dokumenty potwierdzające zakup lub własność bagażu podróznego** (rachunki lub inne wymagane przez AWP dokumenty);
- **potwierdzenie z linii lotniczych** o wysokości otrzymanego odszkodowania.

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.

Oświadczenie / Declaration:

Oświadczam, iż nie będę się ubiegać o odszkodowanie z tytułu przedmiotowej szkody w innym zakładzie ubezpieczeń.
I declare that I will not pursue compensation on account of the loss in question from another insurance company.

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

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.szukody@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.szukody@mondial-assistance.pl