



Nazwisko i adres klienta

Prosimy w całości wypełnić i odesłać na adres

HanseMerkur Reiseversicherung AG  
c/o PZM Autotour Sp. z o.o.  
ul. Górczewska 228F  
01-460 Warszawa  
E-Mail: [hansemerkur@pzm.pl](mailto:hansemerkur@pzm.pl)

## Zgłoszenie szkody do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podczas podróży

Numer ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

Szanowni Państwo,  
prosimy o udzielenie dokładnych i kompletnych odpowiedzi na poniższe pytania. Umożliwi nam to szybkie rozpatrzenie przypadku wystąpienia szkody. Dziękujemy za pomoc!

### I Dane na temat szkody:

**Numer ubezpieczenia**      Jeśli podany powyżej adres nie jest prawidłowy, wówczas proszę podać Pani/Pana nowy adres.

Nr telefonu (w ciągu dnia): \_\_\_\_\_ Faks, e-mail: \_\_\_\_\_

### Osoba zgłaszająca roszczenie:

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ Kod poczt./miejscowość: \_\_\_\_\_

Nr telefonu (w ciągu dnia): \_\_\_\_\_ Faks, e-mail: \_\_\_\_\_

### Kiedy i gdzie powstała szkoda?

Dzień: \_\_\_\_\_ Godzina: \_\_\_\_\_

Miejscowość/ulica: \_\_\_\_\_

### Relacje z osobą zgłaszającą roszczenie:

Czy między Panią/Panem a osobą poszkodowaną istnieje:

powinowactwo lub stosunek pokrewieństwa?       Nie       Jeśli tak, jaki? \_\_\_\_\_

stosunek pracy, umowa o wypłacaniu wynagrodzenia lub inny

stosunek umowny?       Nie       Jeśli tak, jaki? \_\_\_\_\_

wspólnota gospodarstwa domowego?       Nie       Tak

### II Dokładny opis przebiegu powstania szkody: (Jeśli zabraknie miejsca, proszę użyć dodatkowej kartki. Dziękujemy.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Szkic: Jeśli zrobił/a Pan/ Pani zdjęcia, to prosimy o ich załączenie.**

**III Informacje na temat rejestracji zdarzenia w ewidencji policyjnej:**

Czy policja zarejestrowała szkodę?  Nie  Tak  
Adres posterunku: \_\_\_\_\_  
Nr telefonu: \_\_\_\_\_ Sygnatura akt/Nr dziennika: \_\_\_\_\_  
Czy został nałożony mandat karny?  
 nie wiadomo  nie  tak, został nałożony na \_\_\_\_\_  
Czy zostało wszczęte postępowanie karne lub postępowanie w sprawie nałożenia grzywny?  
 nie wiadomo  nie  tak, przeciwko \_\_\_\_\_

**IV Świadkowie**

**(Dane kolejnych świadków wraz z ich adresami proszę zapisać na osobnej kartce. Dziękujemy!)**

Nazwisko: \_\_\_\_\_  
Ulica: \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy/miejscowość: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Uczestniczył(a) w zdarzeniu w charakterze: \_\_\_\_\_

**V Spowodowanie szkody:**

Na podstawie jakiego uzasadnienia przypisuje się Pani/Panu, członkom Pani/Pana rodziny albo pracownikom Pani/Pana zakładu winę za spowodowanie powstałej szkody?  
\_\_\_\_\_

Kto spowodował szkodę? \_\_\_\_\_  
Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Zawód: \_\_\_\_\_  
Jaką funkcję pełni w zakładzie osoba, która spowodowała szkodę? \_\_\_\_\_  
Czy Pani/Pana zdaniem wypadek miał miejsce z winy osoby poszkodowanej?  
 nie  tak, ponieważ \_\_\_\_\_  
Czy zgłoszono w stosunku do Pani/Pana roszczenia odszkodowawcze? (Prosimy dołączyć odpowiednie pisma.)  
 Na razie nie  Nie  Tak, w dniu: \_\_\_\_\_ przez: \_\_\_\_\_  
Czy zgadza się Pani/Pan na wypłatę ewentualnego odszkodowania osobie zgłaszającej roszczenie?  
 Tak  Nie, ponieważ \_\_\_\_\_  
Czy ew. zgłosiła Pani/zgłosił Pan własne roszczenia?  Nie  Tak, w stosunku do  
Czy zaangażowała Pani/zaangażował Pan adwokata?  Nie  Tak  
Jeśli tak, to prosimy podać jego nazwisko, adres i numer telefonu: \_\_\_\_\_

**VI Informacje w przypadku szkód rzeczowych (proszę wypełnić także w przypadku szkody z udziałem zwierząt):**

Jaka rzecz została uszkodzona? \_\_\_\_\_  
 Na czym polega uszkodzenie? \_\_\_\_\_  
 Kiedy i za jaką cenę zakupiono uszkodzone przedmioty? \_\_\_\_\_ PLN  
 Czy uważa Pani/Pan, że naprawa jest możliwa?  Nie  Tak  nie wiem  
 Na jaką kwotę szacuje Pani/Pan powstałe szkody? \_\_\_\_\_ PLN  
 Czy przed powstaniem szkody uszkodzona rzecz była już zużyta i/lub uszkodzona?  
 zużyta:  nie  tak, krótki opis stopnia zużycia \_\_\_\_\_ lub uszkodzona:  nie  tak, krótki opis \_\_\_\_\_

Czy Pani/Pan lub członkowie Pani/Pana rodziny albo pracownicy zakładu  
 najmowali, dzierżawili czy wypożyczali uszkodzoną rzecz?  Nie  Tak  
 przyjęli uszkodzoną rzecz w depozyt lub na przechowanie?  Nie  Tak  
 Czy był to towar oddany w komis?  Nie  Tak  
 Czy najmowana, uszkodzona rzecz jest częścią budynku?  Nie  Tak  
 Czy do uszkodzenia rzeczy doszło w wyniku jakiejś czynności (np. obróbki, naprawy, kontroli) wykonywanej na tej  
 rzeczy?  Nie  Tak

Gdzie można dokonać oględzin uszkodzonej rzeczy?  
 Nazwisko/firma: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Ulica: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy/miejscowość: \_\_\_\_\_

**VII Informacje o innych ubezpieczeniach**

Czy do dnia powstania szkody uszkodzona rzecz objęta była innym ubezpieczeniem?  
 nie wiem  nie  tak, w \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_ Numer umowy: \_\_\_\_\_  
 ubezpieczenie od uszkodzenia szyby  od pożaru  od szkód spowodowanych awarią instalacji wodno-  
 kanalizacyjnych  
 ubezpieczenie wyposażenia gospodarstwa domowego  inne ubezpieczenie: \_\_\_\_\_  
 Czy zgłoszono tam szkodę?  Nie  Tak, w dniu: \_\_\_\_\_

**VIII Informacje w przypadku szkody na osobie:**

Nazwisko i adres osoby, która doznała obrażeń: \_\_\_\_\_  
 Data urodzenia osoby, która doznała obrażeń: \_\_\_\_\_  
 Na czym polega obrażenie? \_\_\_\_\_  
 Prosimy podać nazwisko lekarza, który leczył lub leczy tę osobę? Nazwisko, adres i specjalizacja lekarza:  
 \_\_\_\_\_  
 Czy konieczny był stacjonarny pobyt w szpitalu?  Nie  Tak  Nie wiem  
 Okres czasu (od/do): \_\_\_\_\_ Szpital: \_\_\_\_\_  
 Adres: \_\_\_\_\_  
 Czy osoba, która doznała obrażeń jest stanu wolnego, w związku małżeńskim, rozwiedziona lub owdowiała? \_\_\_\_\_  
 Proszę podać liczbę dzieci \_\_\_\_\_ W jakim wieku są te dzieci? \_\_\_\_\_  
 Jaki mniej więcej dochód osiąga osoba, która doznała obrażeń, wzgl. jej współmałżonek? \_\_\_\_\_ PLN/miesiąc  
 Czy osobie, która odniosła obrażenia, przysługuje roszczenie o odszkodowanie od strony trzeciej (kasy chorych,  
 branżowego zrzeszenia ubezpieczeń wypadkowych itp.)?  Nie  Tak, od \_\_\_\_\_

**IX Abyśmy mogli opracować niniejsze zdarzenie ubezpieczeniowe, prosimy o przesłanie nam następujących dokumentów/rzeczy - z zastrzeżeniem sprawdzenia odpowiedzialności cywilnej i pokrycia:**

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> dowód ubezpieczenia                          | <input type="checkbox"/> faktura/faktury za naprawę - <u>w oryginale</u>  |
| <input type="checkbox"/> potwierdzenie rezerwacji organizatora podróży (kopia)   | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/> dowód odbycia podróży, np. bilety lotnicze lub kolejowe | <input type="checkbox"/> Prosimy, by uszkodzona rzecz była gotowa do dokonania oględzin   |
| <input type="checkbox"/> faktura/faktury nabycia w oryginale                     | <input type="checkbox"/> Prosimy o szybki kontakt, jeśli koszty naprawy przekraczają kwotę _____ PLN, aby można było sporządzić ekspertyzę. |

**Proszę nie zszywać ani nie spinać spinaczami przesyłanych nam dokumentów!**

Nr ubezpieczenia: \_\_\_\_\_

Nr szkody: \_\_\_\_\_

**X. Informacja o skutkach naruszenia obowiązków po powstaniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.**

**Pouczenie**

Szanowni Państwo,

kiedy ma miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, potrzebna jest nam Pani/Pana pomoc.

**Obowiązki dotyczące udzielania informacji i wyjaśnień**

Na podstawie zawartych z Panią/Panem porozumień umownych w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową możemy domagać się od Pani/Pana udzielenia wszelkich informacji niezbędnych do weryfikacji zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub do ustalenia zakresu naszego zobowiązania do świadczenia umownego (obowiązek udzielenia informacji) oraz umożliwienia nam właściwej weryfikacji naszego zobowiązania do świadczenia umownego poprzez podanie wszelkich danych, mogących posłużyć do wyjaśnienia stanu faktycznego (obowiązek udzielenia wyjaśnień). Możemy również domagać się od Pani/Pana udostępnienia dowodów/dokumentów, o ile można tego żądać.

**Zwolnienie ubezpieczyciela z obowiązku świadczenia umownego**

Jeżeli wbrew uzgodnieniom umownym celowo nie przekaze nam Pani/Pan żadnych danych albo przekaze dane nieprawdziwe lub celowo nie udostępni nam Pani/Pan żądanych dowodów/ dokumentów, wówczas utraci Pan/Pani prawo do świadczenia ubezpieczeniowego. Jeżeli naruszy Pan/i te obowiązki w wyniku rażącego niedbalstwa, to wprawdzie nie utraci Pani/Pan całkowicie prawa do świadczenia, jednak możemy obniżyć nasze świadczenie proporcjonalnie do wagi Pani/Pana przewinienia. Obniżenie świadczenia nie nastąpi, jeśli przedstawi Pani/Pana dowód na to, że obowiązek nie został naruszony w wyniku rażącego niedbalstwa.

Mimo naruszenia przez Pana/Pana obowiązku udzielenia informacji, wyjaśnień i dostarczenia dowodów/dokumentów, pozostaniemy jednak nadal zobowiązani do świadczenia umownego, o ile udowodni Pan/Pani, że celowe lub wynikające z rażącego niedbalstwa naruszenie obowiązków nie stało w związku przyczynowym z ustaleniem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową ani z ustaleniem lub zakresem naszego zobowiązania do świadczenia umownego.

W przypadku podstępnego naruszenia obowiązku udzielenia informacji, wyjaśnień lub dostarczenia dowodów/dokumentów, będziemy bezwzględnie zwolnieni z obowiązku świadczenia umownego.

**Wskazówka:**

W przypadku gdy prawo do świadczenia umownego przysługuje nie Pani/Panu, lecz osobie trzeciej, to również ta osoba jest zobowiązana do udzielenia informacji, wyjaśnień oraz do dostarczenia dowodów/dokumentów.

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Podpis osoby ubezpieczającej i osoby ubezpieczonej lub przedstawiciela ustawowego.

**X. Oświadczenia końcowe**

Zapewniam, że podane przeze mnie powyższe informacje są kompletne i zgodne z prawdą. Zostałam/ zostałem poinformowana/ poinformowany, że podanie nieprawdziwych lub niepełnych danych może spowodować utratę ochrony ubezpieczeniowej. Przyjmuję do wiadomości powyższe wskazówki ustawy o umowie ubezpieczenia odnośnie skutków naruszenia obowiązków po powstaniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

Ponadto dokonuję na rzecz HanseMerkur Reiseversicherung AG cesji swoich praw i należności od sprawcy wypadku/zobowiązanego z tytułu odpowiedzialności cywilnoprawnej, wzgl. od mojej ustawowej kasy chorych/prywatnego towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych w wysokości świadczeń wypłaconych przez HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Podpis osoby ubezpieczającej i osoby ubezpieczonej lub przedstawiciela ustawowego