

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z TYTUŁU:

- Ubezpieczenia Nieruchomości od ognia i innych zdarzeń losowych\*
- Ubezpieczenia Ruchomości domowych od Pożaru i innych zdarzeń losowych\*
- Ubezpieczenia Ruchomości domowych od Kradzieży z włamaniem i Rabunku\*
- Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w związku z posiadaną Nieruchomością\*
- Innego ubezpieczenia majątkowego\* (podać jakiego) \*

Nr dokumentu ubezpieczenia (polisy, certyfikatu, deklaracji ubezsp.)	Ubezpieczający (nazwa Banku – jeśli dotyczy, nr umowy kredytowej)
--	---

Data i godzina zdarzenia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejsce zdarzenia (miejscowość i adres)
---	---

### DANE UBEZPIECZONEGO:

Imię i nazwisko:	Numer PESEL:
Adres:	
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
(kod pocztowy)	(miejscowość) (ulica, nr domu, nr mieszkania)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(telefon)	(adresy email)

### DANE POSZKODOWANEGO (w przypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej):

Imię i nazwisko:
Adres:
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(kod pocztowy) (miejscowość) (ulica, nr domu, nr mieszkania)
<input type="text"/>
(telefon) (adresy email)

Stosunek służbowy lub rodzinny do Ubezpieczonego:
---

Czy Ubezpieczony w świetle przepisów prawa czuje się zobowiązany do odszkodowania (wypełnia jeśli jest zgłaszającym szkodę):
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

### DANE SPRAWCY / ODPOWIEDZIALNEGO ZA SZKODĘ:

Imię i nazwisko:
Adres:
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(kod pocztowy) (miejscowość) (ulica, nr domu, nr mieszkania)
<input type="text"/>
(telefon) (adresy email)

Stosunek służbowy lub rodzinny do Ubezpieczonego:
---

### DANE O INNYCH UBEZPIECZENIACH:

Czy Ubezpieczony lub Poszkodowany dodatkowo posiada polisę ubezpieczeniową, która swym zakresem może obejmować szkodę:
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Nazwa zakładu ubezpieczeń:
----------------------------

Czy powiadomiono inny zakład ubezpieczeń:
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

## INFORMACJE DOTYCZĄCE ZDARZENIA

Przyczyna szkody:

Okoliczności powstania szkody (stwierdzone lub domniemane):

Przedmiot szkody (co zostało uszkodzone lub skradzione) i jego wartość:

Szkody osobowe (należy wymienić doznane obrażenia):

Świadkowie (należy podać dane osobowe i w razie posiadania nr telefonu):

O szkodzie powiadomiono:

<input type="checkbox"/> POLICJĘ	.....	.....
	Nazwa jednostki, adres	Data powiadomienia
<input type="checkbox"/> STRAŻ POŻARNĄ	.....	.....
	Nazwa jednostki, adres	Data powiadomienia
<input type="checkbox"/> ADMINISTRACJĘ BUDYNKU	.....	.....
	Nazwa jednostki, adres	Data powiadomienia
<input type="checkbox"/> INNE	.....	.....
	Nazwa jednostki, adres	Data powiadomienia

## OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam, że informacje zamieszczone w niniejszym druku podałam/em zgodnie z prawdą i moją najlepszą wiedzą. Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/ny, iż w przypadku niewłaściwego / niepełnego wypełnienia druku, może wystąpić konieczność uzupełnienia informacji w nim zawartych.
- Oświadczam, że z tytułu zaistniałej Szkoły nie otrzymałam/em odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń i nie ubiegam się o odszkodowanie w innym zakładzie lub innej jednostce TU Europa S.A..
- Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego odszkodowania, w terminie 7 dni od daty wezwania przez TU Europa S.A., jeżeli zostaną ujawnione inne okoliczności niż przyjęto za podstawę do ustalenia stanu faktycznego i wypłaty odszkodowania.
- Klauzula dla osób fizycznych: Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133/97 poz. 883) Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 informuje, że jest administratorem Pani/a danych osobowych, które będą przez nas przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych. Jednocześnie informujemy, że służy Pani/u prawo do wglądu do swoich danych osobowych i prawo ich poprawiania, a przetwarzanie danych w celach innych niż działalność statutowa TU Europa S.A. wymaga Pani/a uprzedniej zgody.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na :

- otrzymywanie korespondencji w formie elektronicznej na podany w zgłoszeniu adres e-mail;
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu drogą SMS na podany w zgłoszeniu numer telefonu.
- (zaznaczyć krzyżykiem w przypadku wyrażenia zgody)

Do zgłoszenia załączam:

Przyznane odszkodowanie proszę przekazać na konto:

.....

Imię, nazwisko, adres właściciela rachunku

Nr konta

