



więcej / niż standard

AXA Ubezpieczenia TUiR S.A.

ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

Tel.: 22 599 95 22

www.axa.pl

szkody\_likwidacja@axaubezpieczenia.pl

## Druk zgłoszenia szkody mieszkaniowej lub OC

|                 |               |               |
|-----------------|---------------|---------------|
| Data zdarzenia: | Numer polisy: | Numer szkody: |
|-----------------|---------------|---------------|



### Przyczyna powstania szkody

|                                     |                                              |                                               |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zalanie    | <input type="checkbox"/> Lawina              | <input type="checkbox"/> Śnieg lub lód        |
| <input type="checkbox"/> Pożar      | <input type="checkbox"/> Osunięcie się ziemi | <input type="checkbox"/> Trzęsienie ziemi     |
| <input type="checkbox"/> Eksplozja  | <input type="checkbox"/> Uderzenie pioruna   | <input type="checkbox"/> Upadek przedmiotu    |
| <input type="checkbox"/> Powódź     | <input type="checkbox"/> Mróz                | <input type="checkbox"/> Uderzenie pojazdu    |
| <input type="checkbox"/> Huragan    | <input type="checkbox"/> Przepięcie          | <input type="checkbox"/> Dewastacja           |
| <input type="checkbox"/> Grad       | <input type="checkbox"/> Graffiti            | <input type="checkbox"/> Kradzież z włamaniem |
| <input type="checkbox"/> Stłuczenie | <input type="checkbox"/> Akcja ratownicza    | <input type="checkbox"/> Inne                 |



### Ubezpieczony

|                              |              |              |            |
|------------------------------|--------------|--------------|------------|
| Imiona i nazwisko/Nazwa:     |              | PESEL/REGON: |            |
| Adres zamieszkania/Siedziba: |              | Nr budynku:  | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy:                | Miejscowość: |              |            |
| Telefon kontaktowy:          | Email:       |              |            |



### Poszkodowany

|                                                                              |              |                                                   |            |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------|------------|
| Imiona i nazwisko/Nazwa:                                                     |              | PESEL/REGON:                                      |            |
| Adres zamieszkania/Siedziba:                                                 |              | Nr budynku:                                       | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy:                                                                | Miejscowość: |                                                   |            |
| Telefon kontaktowy:                                                          | Email:       |                                                   |            |
| <b>Poszkodowany:</b>                                                         |              | <b>Poszkodowany jest:</b>                         |            |
| <input type="checkbox"/> jest właścicielem nieruchomości (i w niej mieszka)  |              | <input type="checkbox"/> Ubezpieczonym            |            |
| <input type="checkbox"/> jest właścicielem i wynajmuje swoją nieruchomość    |              | <input type="checkbox"/> Użytkownikiem            |            |
| <input type="checkbox"/> jest najemcą                                        |              | <input type="checkbox"/> Cesjonariuszem           |            |
| <input type="checkbox"/> posiada spółdzielcze lokatorskie prawo do lokalu    |              | <input type="checkbox"/> Pracownikiem             |            |
| <input type="checkbox"/> jest właścicielem wyposażenia mieszkania            |              | <input type="checkbox"/> Pełni inną rolę (jaką?): |            |
| <input type="checkbox"/> użytkuje nieruchomość na innej podstawie (jakiej?): |              |                                                   |            |



### Zgłaszający

|                                                    |              |                                         |            |
|----------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|------------|
| Imiona i nazwisko:                                 |              | PESEL:                                  |            |
| Adres zamieszkania:                                |              | Nr budynku:                             | Nr lokalu: |
| Kod pocztowy:                                      | Miejscowość: |                                         |            |
| Telefon kontaktowy:                                | Email:       |                                         |            |
| Zgłaszający jest:                                  |              |                                         |            |
| <input type="checkbox"/> właścicielem polisy       |              | <input type="checkbox"/> pełnomocnikiem |            |
| <input type="checkbox"/> poszkodowanym w zdarzeniu |              | <input type="checkbox"/> pracownikiem   |            |
| <input type="checkbox"/> pełni inną rolę (jaką?):  |              |                                         |            |

AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa

NIP 107-000-61-55, REGON 140806789

Wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer KRS 0000271543, AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. należy do Grupy AXA. Kapitał zakładowy AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. wynosi 16 391 177 PLN, opłacony w całości.



## Świadek zdarzenia

Dane osobowe, adres, kontakt telefoniczny, adres e-mail:



## Opis okoliczności i przebieg zdarzenia



## Opis akcji ratowniczej



## Służby i instytucje poinformowane o zdarzeniu

|                                              |                      |        |
|----------------------------------------------|----------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> Policja             | Data poinformowania: | Adres: |
| <input type="checkbox"/> Pogotowie ratunkowe | Data poinformowania: | Adres: |
| <input type="checkbox"/> Straż pożarna       | Data poinformowania: | Adres: |
| <input type="checkbox"/> Zarządca            | Data poinformowania: | Adres: |
| <input type="checkbox"/> Inne                | Data poinformowania: | Adres: |



## Wykaz utraconego mienia



## Dodatkowe informacje

|                                                              |                                                           |                                   |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Czy poszkodowany jest płatnikiem VAT?                        | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |                                   |
| Czy na mieniu jest ustanowiona cesja na rzecz banku?         | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |                                   |
| Czy dokonano zgłoszenia tej szkody u innego ubezpieczyciela? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |                                   |
| Czy z tytułu tej szkody wypłacono już odszkodowanie?         | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Jeśli tak, to w jakiej wysokości? |



## Oświadczenie o sposobie odbioru odszkodowania

Nr konta:

Właściciel konta:

Administratorem danych osobowych jest AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., ul. Chłodna 51, Warszawa. Podane dane będą przetwarzane w celu przedstawienia oferty, zawarcia i realizacji umowy, oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub przygotowania ofert usług ubezpieczeniowych w przyszłości. Podanie danych jest dobrowolne, niezbędne do zawarcia i realizacji umowy.

Data i podpis Klienta: