**ZGŁOSZENIE SZKODY Z OC DZIAŁALNOŚCI**

**INTERRISK TU S.A.**

**POLISA seria K NR 09174534**

**MENTOR S.A.**

Fax 56/ 669 33 04

e-mail: [szkody@mentor.pl](mailto:szkody@mentor.pl)

**I. Zgłaszający**

Imię i nazwisko, stanowisko służbowe: …………………….………………………………...................................................................

Telefon/e-mail: ....................................................................................................................................................

Nazwa Ubezpieczającego/Ubezpieczonego: ………………………..……….…………………………………………………...………….. …………………………………………………………………………………………………  
Adres: ………….……...........................................................................................................................

…………………………………………………………….…………………………………...

Osoba z którą można kontaktować się w sprawie zgłoszonego roszczenia (imię nazwisko, stanowisko służbowe): ………………………………………..………..........................................................................

Telefon/e-mail: ....................................................................................................................................................

**II. Dane dotyczące zgłoszonego roszczenia**

Zawiadamiam, że w dniu ...................................................................................................................................................  
wpłynęło roszczenie od Pani/Pana/Firmy: …………………………………………………………………………………...…………….

Telefon/e-mail: …………………………………………………………….…………………………………...  
o wypłatę kwoty: ....................................................................................................................................................

tytułem szkody z dnia: …………………………………………………………………………………………………

polegającej na: ……………………………………......……………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………….…….

spowodowanej działaniem lub zaniechaniem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego polegającym na:  
………………………………………………………………………………...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**III. Dane dotyczące wypadku ubezpieczeniowego (szkody):**

(wypełnić należy wówczas, gdy miał miejsce wypadek ubezpieczeniowy polegający na: śmierci uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia, utraty, zniszczeniu lub uszkodzeniu rzeczy, a nie wpłynęło jeszcze roszczenie od poszkodowanego)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
Data wypadku ubezpieczeniowego: …………………………………………………...……………………………………….........

**IV. Uwagi**

....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Uwaga!**

Do druku zgłoszenia należy dołączyć roszczenie osoby trzeciej o ile zgłoszone zostało pisemnie.

**Niniejszym wyrażam zgodę na przekazywanie przez TU INTERRISK S.A. wszelkich informacji dotyczących przedmiotowej szkody do wiadomości Mentor S.A.**

. . . .

miejsce i data zgłoszenia podpis osoby upoważnionej

W przypadku wątpliwości prosimy o kontakt z pracownikiem MENTOR S.A.:

**Ewa Popiołkowska**, tel.+48 56 669 32 57, ewa.popiolkowska@mentor.pl