

Nr referencyjny zgłoszenia: _____

I. DANE POLISY W RAMACH UBEZPIECZENIA OCHRONY PRAWNEJ

Seria i numer polisy _____ Okres ubezpieczenia od _____ 20____ r. do _____ 20____ r.
dzień miesiąc dzień miesiąc

II. DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko _____

Adres _____
ulica, nr domu

Kod pocztowy

mięscowosc

Telefon _____

e-mail _____ PESEL _____

III. REFUNDACJA KOSZTÓW / WNIOSKOWANA KAUCJA

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Pakietu Ochrony Prawnej, na mocy postanowień zawartych w Rozdziale 9, § 69 ust. 3, Ubezpieczonemu przysługuje refundacja poniższych kosztów po przedłożeniu następujących dokumentów:

Lp.	RODZAJ REFUNDOWANYCH KOSZTÓW / KAUCJA	WYMAGANE DOKUMENTY**	WNIOSKOWANY PRZEZ UBEZPIECZONEGO ZWROT KOSZTÓW* (na podstawie dostarczonych dokumentów)
1.	Koszt wynagrodzenia pełnomocnika (Adwokata albo Radcy Prawnego)	- faktura lub rachunek wystawiony przez pełnomocnika (reprezentacja w postępowaniu karnym) albo	<input type="checkbox"/>
		- prawomocny wyrok zasądający koszty (reprezentacja w postępowaniu cywilnym)	<input type="checkbox"/>
2.	Koszty sądowe, (w tym należności świadków i biegłych) oraz koszty należne stronie przeciwnej	- prawomocny wyrok zasądający koszty	<input type="checkbox"/>
3.	Opłaty i koszty w postępowaniu przed organami administracji państwowej i samorządowej, łącznie z należnościami dla świadków i biegłych oraz koszty egzekucji administracyjnej	- wszelkie decyzje lub postanowienia ww. organów nakładające na Ubezpieczonego obowiązek zapłaty niniejszych kosztów	<input type="checkbox"/>
		- wszelkie faktury, rachunki, pokwitowania lub dokumenty potwierdzające poniesione koszty w postępowaniu przed ww. organami	<input type="checkbox"/>
4.	Koszty poręczenia majątkowego	- postanowienie o zastosowaniu środka zapobiegawczego w postaci poręczenia majątkowego oraz	<input type="checkbox"/>
		- podpisany weksel na kwotę wpłaconej kaucji	<input type="checkbox"/>

IV. FORMA WYPŁATY ŚWIADCZENIA

Przelewem na konto Nazwa banku _____

Oddział _____ Nr rachunku _____

Przekazem pocztowym na adres: _____

mięscowosc, data

podpis Ubezpieczonego

Oświadczam, że niniejszy formularz wypełniłem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.

mięscowosc, data

podpis Ubezpieczonego

* Zaznacz „X” w odpowiedniej rubryce.

** Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć wszelkie dokumenty w formie kserokopii. Istnieje możliwość przesłania dokumentów faxem na numer 225759821, pocztą elektroniczną na adres: pomocprawna@ipa.com.pl, lub w przypadku większej ilości załączników lub znacznej ich objętości pocztą na adres: Inter Partner Assistance Polska S.A. Ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.