

TWOJA KARTA PODRÓŻE – ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODCZAS PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres APRIL Polska Assistance Sp. z o.o. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. polisę,
2. wszelkie dokumenty potwierdzające zgłoszenie roszczeń lub wystąpienie takiej możliwości wobec Ubezpieczonego,
3. oświadczenia świadków zdarzenia.

Adres do korespondencji:

APRIL Polska Assistance Sp. z o.o.
ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa

email: likwidacja-turystyka@pl.april.com

tel: +48 22 568-98-18

mobile: +48 519-116-345

fax: +48 22 864-55-23

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

Imię:	Nazwisko:	PESEL:*
Adres zameldowania: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (kod pocztowy) (mięjscowość) (ulica) (telefon)		
Adres do korespondencji:		Adres e-mail

DANE OSOBOWE POSZKODOWANEGO

Imię:	Nazwisko:	PESEL:*
Adres zameldowania: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (kod pocztowy) (mięjscowość) (ulica) (telefon)		
Adres do korespondencji:		Adres e-mail

DANE O TWOJEJ KARCIE PODRÓŻE

Nr TWOJEJ KARTY PODRÓŻE:	ważna od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dzień) (miesiąc) (rok)	do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dzień) (miesiąc) (rok)
Ubezpieczający:		

INFORMACJE O SZKODZIE

Wyjazd z Polski: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)	lub	Wyjazd z miejsca zamieszkania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
Powrót do Polski: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)		Powrót do miejsca zamieszkania: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
Zdarzenie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)	Miejscowość:	Kraj:
Czy sprawa została zgłoszona do Centrum Pomocy? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> nr sprawy		

Szczegółowy opis okoliczności i przebieg zdarzenia:

*) w przypadku cudzoziemców – data urodzenia

Jeśli są świadkowie zdarzenia, to podać nazwiska i imiona oraz ich adresy:

Czy wszczęto postępowanie karne, jeśli tak to przeciwko komu?

Podać imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania osób poszkodowanych w wyniku zdarzenia:

Przybliżona wielkość strat:

Czy posiada Pan / Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie?

TAK NIE

Jeśli tak, to prosimy podać nazwę zakładu ubezpieczeń:

nazwa zakładu ubezpieczeń

nr polisy

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU Europa S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
3. Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU Europa S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 w celu obsługi ubezpieczenia w każdy sposób niezbędny dla realizacji tego celu. Ponadto, zgadzam się także na to, aby TU Europa S.A. przekazało dane firmie reasekuracyjnej, w tym za granicę, jeżeli będzie to wymagane w związku z warunkami reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.
5. Przyjmuję do wiadomości fakt, że Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 jest administratorem moich danych osobowych oraz, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych osobowych będących w posiadaniu TU Europa S.A. i prawo ich poprawiania oraz fakt, że przetwarzanie danych w celach innych niż związane z ubezpieczeniem wymaga uzyskania uprzedniej pisemnej zgody.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

otrzymywanie korespondencji w formie elektronicznej na podany w zgłoszeniu adres e-mail.

FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotowe konto bankowe nr:

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

Data i podpis Ubezpieczonego