



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Formularz

zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży/z biletu lotniczego

W celu szybkiego i sprawnego rozpatrzenia roszczenia prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na poniżej podany adres firmy świadczącej serwis likwidacji szkód i działającej w imieniu AXA TUIR S.A.

Adres do korespondencji:

Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
tel. +48 22 575 90 80

Do formularza prosimy dołączyć:

w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu nagłego zachorowania:

1. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
2. umowę-zgłoszenie uczestnictwa w imprezie turystycznej lub bilet lotniczy
3. dowód wniesionych opłat za imprezę turystyczną lub bilet lotniczy
4. wydruk z systemu rezerwacyjnego lub formularz rezygnacji z imprezy/biletu, potwierdzający poniesione koszty
5. wypełniony przez lekarza formularz medyczny, znajdujący się w niniejszym formularzu szkodowym

w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu śmierci:

1. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
2. akt zgonu
3. dowód wniesionych opłat za imprezę turystyczną lub bilet lotniczy
4. dokumenty potwierdzające stopień pokrewieństwa
5. opis okoliczności wypadku – w przypadku zgonu z powodu nieszczęśliwego wypadku

w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu nieszczęśliwego wypadku:

1. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
2. umowę-zgłoszenie uczestnictwa w imprezie turystycznej lub bilet lotniczy
3. dowód wniesionych opłat za imprezę turystyczną lub bilet lotniczy
4. wydruk z systemu rezerwacyjnego lub formularz rezygnacji z imprezy/biletu, potwierdzający poniesione koszty
5. wypełniony przez lekarza formularz medyczny, znajdujący się w niniejszym formularzu szkodowym
6. opis okoliczności wypadku, a w przypadku zajścia wypadku komunikacyjnego – kopię raportu policyjnego

w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu szkody w mieniu Ubezpieczonego:

1. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
2. umowę-zgłoszenie uczestnictwa w imprezie turystycznej lub bilet lotniczy
3. dowód wniesionych opłat za imprezę turystyczną lub bilet lotniczy
4. wydruk z systemu rezerwacyjnego lub formularz rezygnacji z imprezy/biletu, potwierdzający poniesione koszty
5. kopię raportu policyjnego

w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu wcześniejszego powrotu z podróży:

1. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
2. umowę-zgłoszenie uczestnictwa w imprezie turystycznej
3. dowód wniesionych opłat za imprezę turystyczną
4. dokument potwierdzający przyczynę powrotu (akt zgonu, raport policyjny, wezwanie władz administracji państwowej)
5. dokument potwierdzający wcześniejszy powrót (bilet, voucher, inne)
6. dowód opłaty za koszty transportu

A. INFORMACJE OGÓLNE

1. Nazwisko i imię osoby zgłaszającej

(lub opiekuna prawnego)

2. Telefon kontaktowy

3. Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej

4. Adres

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

_____ / _____

Numer domu/lokalu

Telefon komórkowy

Telefon stacjonarny

5. Adres do korespondencji

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

_____ / _____

Numer domu/lokalu

6. Adres e-mail

Czy wyraża Pan/Pani zgodę, aby korespondencja była wysyłana do Pana/Pani również drogą elektroniczną?

tak

nie

7. Nr PESEL _____

8. Numer rachunku bankowego Beneficjenta,

na którego rzecz ma zostać wypłacone odszkodowanie

9. Nazwa banku

10. Nazwisko i imię właściciela rachunku

11. Numer polisy/rezerwacji podróży

12. Data i miejsce wykupienia polisy

(dotyczy polis indywidualnych)

13. Nazwa biura podróży – organizatora podróży (dotyczy polis grupowych w ramach umów z organizatorami turystycznymi)

14. Nazwa, telefon i adres biura podróży, w którym wykupiono imprezę/bilet, nazwisko osoby do kontaktu

15. W jaki sposób dokonano rezerwacji/podpisano umowę:

osobiście (lub przez inne osoby) w biurze podróży przez Internet (umowę dostarczono pocztą) przez telefon (umowę dostarczono pocztą)

inna forma (jaka?)

16. Dane dotyczące wszystkich osób, które anulowały podróż:

Nazwisko i imię

Data urodzenia

D D M M R R R R

D D M M R R R R

D D M M R R R R

D D M M R R R R

D D M M R R R R

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

Data rezerwacji podróży/biletu

Planowana data rozpoczęcia podróży

Planowana data zakończenia podróży

Nazwa przewoźnika (dotyczy rezygnacji z biletu)

C. DANE DOTYCZĄCE SZKODY

1. Powód rezygnacji/wcześniejszego powrotu

- a. medyczny nagłe zachorowanie śmierć nieszczęśliwy wypadek przedwczesny poród
b. szkoda w mieniu kradzież z włamaniem lub rabunek pożar inne (jakie?)

2. Czy zdarzenie powstało wskutek:

- przestępstwa samobójstwa wykonywania pracy fizycznej wyczynowego uprawiania sportu innej przyczyny (jakiej?)

3. Dane osoby, przez którą powstała szkoda z ubezpieczenia kosztów rezygnacji

Czy Ubezpieczony jest osobą towarzyszącą w podróży?

tak

nie

Nazwisko i imię:

Czy Ubezpieczony jest osobą bliską?

tak

nie

Nazwisko i imię:

Stopień pokrewieństwa (proszę załączyć kopię dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo)

4. Data zajścia zdarzenia zmuszającego do rezygnacji z podróży/wcześniejszego powrotu

Data zajścia szkody

Data zgłoszenia rezygnacji organizatorowi/przewoźnikowi

a. Opłaty związane z rezygnacją z podróży

waluta

kwota

wysokość potrąceń naliczonych przez organizatora/przewoźnika

b. Opłaty związane z wcześniejszym powrotem z podróży

waluta

kwota

koszt zakupu biletu powrotnego

D. ZAŁĄCZNIKI

Potwierdzenia wykupienia polisy lub ubezpieczenia u touroperatora

tak

nie

Umowa-zgłoszenie lub bilet lotniczy

tak

nie

Wydruk kosztów rezygnacji/formularz anulacji imprezy/biletu

tak

nie

Kopia aktu zgonu

tak

nie

Formularz medyczny

tak

nie

Raport policji o zajściu przestępstwa lub wypadku

tak

nie

Inne dokumenty

tak

nie

E. OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, w celu realizacji niniejszego wniosku.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie Towarzystwu przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa.

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Data

Niniejszym potwierdzam, iż podane powyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji może skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności karnej i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania.

Podpis zgłaszającego szkodę

Data

Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. nr 133 poz. 883 ze zmianami) informujemy, że podanie danych jest dobrowolne. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane i przetwarzane przez AXA TUIR S.A oraz Inter Partner Assistance Polska S.A., z siedzibą 00-867 Warszawa, ul. Chłodna 51, w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.



więcej / niż standard

Formularz medyczny

Szanowna Pani Doktor/Szanowny Panie Doktorze,

W związku z otrzymaniem zgłoszenia szkody z tytułu ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży, prosimy o wypełnienie poniższego formularza. Zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony jest zobowiązany do zwolnienia lekarzy prowadzących leczenie z zachowania tajemnicy lekarskiej.

Z wyrazami szacunku,
AXA TUiR S.A oraz IPA Polska S.A.

1. Dane Pacjenta

Nazwisko i imię

Data urodzenia:

Adres

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

/
Numer domu/lokalu

2. Diagnoza zachorowania

3. Data zachorowania/wypadku

4. Data pierwszej porady w sprawie zachorowania/wypadku

5. Czy odwołanie podróży było konieczne z medycznego punktu widzenia?

tak

nie

6. Czy pacjent był leczony z powodu powyższego zachorowania w okresie poprzedzającym datę rezerwacji podróży?

tak

nie

Jeśli tak, to kiedy?

7. Czy w momencie dokonywania rezerwacji podróży istniały jakiegokolwiek przeciwwskazania medyczne do jej odbycia?

Jeśli tak, to jakie?

8. Data poinformowania pacjenta o konieczności odwołania podróży?

8.1. Kiedy pojawiły się pierwsze symptomy, które wskazywały na to, że pacjent nie będzie mógł odbyć podróży?

9. Przeciwwskazanie uniemożliwiające pacjentowi wyjazd

10. Czy pacjent otrzymał zwolnienie lekarskie?
Jeżeli tak, to na jaki okres?

tak

nie

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć lekarza