Europa ubezpieczenia

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ORAZ KOSZTÓW RATOWNICTWA I TRANSPORTU W CZASIE 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 (nie dotyczy osób ubezpieczonych w ramach imprez zakupionych w biurach podróży),
2. oryginalne rachunki,
3. oryginalne dowody opłat,
4. dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i/lub epikryzę.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody, prosimy dołączyć:

1. protokół policji z miejsca zdarzenia,
2. zeznania świadków,
3. akt zgonu,
4. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

Adres do korespondencji:
APRIL Polska Assistance Sp. z o.o.
ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa

email: likwidacja-turystyka@pl.april.com
tel: +48 22 568-98-28
mobile: +48 519-116-345
fax: +48 22 864-55-23

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

Imię:

Nazwisko:

Adres zameldowania:

☐☐–☐☐☐ ....
(kod pocztowy) (miejscowość) (ulica) (telefon)

Adres do korespondencji:

Adres e-mail

PESEL:*

Zawód:

Imiona rodziców:

DANE O POLISIE

Nr polisy:

ważna od ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) do ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok)

Ubezpieczający/Biuro podróży:

INFORMACJE O SZKODZIE

Wyjazd z Polski: ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

Powrót do Polski: ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

lub

Wyjazd z miejsca zamieszkania: ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

Powrót do miejsca zamieszkania: ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

Zdarzenie: ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

Miejscowość:

Kraj:

Przyjęcie Ubezpieczonego do leczenia: ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

Czy sprawa została zgłoszona do Centrum Pomocy? TAK ☐ nr sprawy NIE ☐

Szczegółowy opis zachorowania/wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

*) w przypadku cudzoziemców – data urodzenia

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed zachorowaniem / wypadkiem:

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył sie po zachorowaniu/wypadku:

Dane lekarzy lub jednostek medycznych, w których poszkodowany leczył się przed wyjazdem.

Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorię prawa jazdy:

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

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

Wielkość szkody:

Data rachunku	Kwota w lokalnej walucie	Czego dotyczy rachunek	Kto opłacił rachunek

Czy spodziewa się Pan/Pani innych rachunków? TAK ☐ NIE ☐

24. Czy posiada Pan/Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie? TAK ☐ NIE ☐
Jeśli tak, to prosimy podać:

nazwę 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, i 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 niezwiązane 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 Ubezpieczającego / pracownika biura podróży	Data i podpis Ubezpieczonego

*) Jeśli wyjazd odbywa się na imprezę organizowaną przez biuro podróży lub innego organizatora i jego przedstawiciel może potwierdzić zaistniałe okoliczności zdarzenia.