

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA BAGAŻU PODRÓŻNEGO / / SPRZĘTU NARCIARSKIEGO / SPRZĘTU SPORTOWEGO

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. protokół policji – jeśli został sporządzony,
3. zaświadczenie od przewoźnika – jeśli zostało sporządzone,
4. zaświadczenie z hotelu, domu wczasowego, kempingu itp. – jeśli zostało sporządzone.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. zeznania świadków,
2. 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:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(kod pocztowy)	(miejscowość)	(ulica)	(telefon)
Adres do korespondencji:			Adres e-mail
PESEL:*			

### DANE O POLISIE

Nr polisy:	ważna od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(dzień)	(miesiąc)	(rok)			(dzień)	(miesiąc)	(rok)	
Ubezpieczający/Biuro podróży:										

### INFORMACJE O SZKODZIE

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

Szczegółowy opis zdarzenia:

Zdarzenie zgłoszono: policji / organizatorowi imprezy turystycznej / w polskim przedstawicielstwie za granicą.

\*) w przypadku cudzoziemców – data urodzenia

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

Wykaz rzeczy zniszczonych i / lub utraconych:

Nazwa przedmiotu	Rodzaj materiału	Wartość początkowa	Stopień uszkodzenia

Ogółem wysokość zgłoszonych roszczeń:  złotych

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

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- 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.
- 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.
- 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 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.