



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.

Do formularza prosimy dołączyć:

1. umowę uczestnictwa/potwierdzenie rezerwacji biletu lub noclegów
2. zaświadczenie z biura podróży zawierające informację, ile pieniędzy biuro podróży zwróciło klientowi
3. potwierdzenie od przewoźnika w przypadku anulowania biletu
4. oryginały rachunków i dowody zapłaty za transport powrotny w przypadku wcześniejszego powrotu
5. dokumentację potwierdzającą konieczność odwołania uczestnictwa w imprezie (dokumentacja lekarska, zaświadczenie wydane przez policję lub odpowiedni organ)
6. potwierdzenie z biura podróży o rezygnacji z imprezy
7. kserokopię dokumentu tożsamości

Adres do korespondencji:

Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
tel. +48 22 575 90 80

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 kontaktowy

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. Numer PESEL*

8. Numer rachunku bankowego Beneficjenta,
na którego rzecz ma zostać wypłacone odszkodowanie

9. Nazwa banku

10. Nazwisko i imię właściciela rachunku

11. Dyspozycja sposobu wypłaty świadczenia przekaz pocztowy (prosimy podać adres zamieszkania, jeśli jest inny niż podany powyżej)

Miejscowość Kod pocztowy Ulica Numer domu/lokalu

12. Numer polisy/rezerwacji podróży

13. Data i miejsce wykupienia polisy (dotyczy polis indywidualnych)

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

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

* Dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej.

16. 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?)

17. Dane dotyczące wszystkich osób, które anulowały podróż:

Nazwisko i imię

Data urodzenia

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

tak

nie

Czy Ubezpieczony jest osobą towarzyszącą w podróży?

Nazwisko i imię:

Czy Ubezpieczony jest osobą bliską?

tak

nie

Nazwisko i imię:

Stopień pokrewieństwa (prosimy 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
wysokość potrąceń naliczonych przez organizatora/przewoźnika

waluta

kwota

b) Opłaty związane z wcześniejszym powrotem z podróży
koszt zakupu biletu powrotnego

waluta

kwota

D. ZAŁĄCZNIKI

Potwierdzenia wykupienia polisy lub ubezpieczenia u touroperatora

tak

nie

Umowa-zgłoszenie lub bilet lotniczy

tak

nie

Wydruk kosztów rezygnacji/formularz anulowania imprezy/biletu

tak

nie

Kopia aktu zgonu

tak

nie

Formularz medyczny

tak

nie

Raport policji o zajściu przestępstwa lub wypadku

tak

nie



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.

Z wyrazami szacunku,

AXA TUiR S.A oraz Inter Partner Assistance 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?

tak

nie

Jeżeli tak, to na jaki okres?

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć lekarza