



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. Chłodna 51
00-867 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

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

DD MM RRRR

DD MM RRRR

DD MM RRRR

DD MM RRRR

DD MM RRRR

B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

Data rezerwacji podróży/biletu

DD MM RRRR

Planowana data rozpoczęcia podróży

DD MM RRRR

Planowana data zakończenia podróży

DD MM RRRR

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 wycynowego 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?

Nazwisko i imię:

tak

nie

Stopień pokrewieństwa (prosimy załączyć kopię dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo)

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

Data zajścia szkody

DD MM RRRR

Data zgłoszenia rezygnacji organizatorowi/przewoźnikowi

DD MM RRRR

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

Inne dokumenty

tak

nie

E. OŚWIADCZENIA

Przyjmuję do wiadomości, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez AXA TUIR S.A., z siedzibą w Warszawie, w celu likwidacji zgłoszonej szkody.

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.

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

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.

DDMMRRRR

Data

Podpis zgłaszającego szkodę

Informujemy, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże konieczne do realizacji umowy ubezpieczenia i rozpatrzenia zgłoszonego roszczenia (wyłączny cel – przetwarzanie danych). Administratorem danych osobowych jest AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51. Osoba, której dane dotyczą ma prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz do ich poprawiania, jak również do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych.

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu druków, prosimy o kontakt: tel. +48 22 575 90 80 lub adres axa-likwidacja.szkod@ipa.com.pl.



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?

tak

nie

Jeżeli tak, to na jaki okres?

Miejscowość

Data

Podpis i pieczęć lekarza