

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODCZAS 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. wszelkie dokumenty potwierdzające zgłoszenie roszczeń lub wystąpienie takiej możliwości wobec Ubezpieczonego,
3. oświadczenia świadków zdarzenia.

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:	PESEL:*
Adres zameldowania:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(kod pocztowy)	(miejscowość)	(ulica)
Adres do korespondencji:		Adres e-mail

DANE OSOBOWE POSZKODOWANEGO

Imię:	Nazwisko:	PESEL:*
Adres zameldowania:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(kod pocztowy)	(miejscowość)	(ulica)
Adres do korespondencji:		Adres e-mail

DANE O POLISIE

Nr polisy:	ważna od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Miejscowość:	<input type="text"/>			Kraj:	<input type="text"/>		
	(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)											
Czy sprawa została zgłoszona do Centrum Pomocy?	TAK <input type="checkbox"/>		nr sprawy <input type="text"/>					NIE <input type="checkbox"/>							

Szczegółowy opis okoliczności i przebieg zdarzenia:

*) w przypadku cudzoziemców – data urodzenia

