

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW REZYGNACJI Z IMPREZY TURYSTYCZNEJ / KOSZTÓW PRZERWANIA UCZESTNICTWA W IMPREZIE TURYSTYCZNEJ / ANULOWANIA BILETU PODRÓŻY / ANULOWANIA NOCLEGÓW

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres TU Europa S.A. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. polisę (nie dotyczy osób ubezpieczonych w ramach imprez zakupionych w biurach podróży),
2. umowę uczestnictwa w imprezie turystycznej i oświadczenie o rezygnacji lub przerwaniu uczestnictwa w imprezie turystycznej poświadczony w biurze podróży – dotyczy ubezpieczenia kosztów rezygnacji (KRI) oraz ubezpieczenia kosztów rezygnacji lub przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej (KRIP),
3. bilet podróży i oświadczenie o anulacji biletu podróży poświadczony w biurze podróży,
4. dowody wniesionych opłat za imprezę turystyczną / bilet podróży / noclegi.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. dokumentację medyczną wraz z diagnozą lekarską,
2. protokół policji z miejsca zdarzenia,
3. akt zgonu,
4. zaświadczenie o utracie pracy,
5. oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za transport powrotny,
6. zaświadczenie z biura podróży o kosztach transportu powrotnego przewidzianych w umowie,
7. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

Adres do korespondencji:

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

Departament Obsługi Produktów

Biuro Regionalne we Wrocławiu

ul. Gwiaździsta 62

53-413 Wrocław

email: biuro.wroclaw@tueuropa.pl, www.tueuropa.pl

tel: 71 369 28 63 do 66, 369 28 57 do 60,

mobile: 783 931 968, 609 678 746, 609 679 260, 609 678 925

fax: 71 369 27 07

CZĘŚĆ A – wypełnia Ubezpieczony

Dane o Ubezpieczonym

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

Rodzaj szkody

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> koszty rezygnacji z imprezy turystycznej | | |
| <input type="checkbox"/> koszty przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej | | |
| <input type="checkbox"/> koszty anulowania biletu lotniczego | <input type="checkbox"/> biletu promowego | <input type="checkbox"/> biletu autobusowego |
| <input type="checkbox"/> koszty anulowania noclegów | | |

Informacje o imprezie turystycznej / bilecie podróży/ zakupie noclegów

| | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Nazwa biura podróży, w którym wykupiono imprezę turystyczną / bilet podróży/ noclegi: | | | |
| Kraj docelowy: | | Wykupiono w dniu: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | (dzień) | (miesiąc) (rok) |
| Początek imprezy / data wylotu: | | Koniec imprezy / data powrotu: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | (dzień) | (miesiąc) (rok) |
| Środek transportu (dla wariantu KRI / KRIP): | | | |
| <input type="checkbox"/> samolot | <input type="checkbox"/> statek | <input type="checkbox"/> autobus | <input type="checkbox"/> kolej |
| <input type="checkbox"/> inne: | <input type="text"/> | | |

Przyczyny rezygnacji z imprezy turystycznej / przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej / anulacji biletu podróży / anulacji noclegów

| | | | | | | |
|----------|---|---------------------------------|---|--|--|--|
| A | <input type="checkbox"/> nagle zachorowanie | <input type="checkbox"/> śmierć | <input type="checkbox"/> przedwczesny poród | <input type="checkbox"/> szkoda w mieniu | <input type="checkbox"/> nieszczęśliwy wypadek | |
| | <input type="checkbox"/> inne | _____ | | | | |

| | |
|----------|---|
| B | Przy nieszczęśliwych wypadkach podać kto spowodował wypadek |
|----------|---|

| | |
|----------|---|
| C | Data zdarzenia, które doprowadziło do rezygnacji / przerwania uczestnictwa / anulacji biletu podróży/ anulacji noclegów |
|----------|---|

| | |
|----------|--|
| D | Data pisemnego zgłoszenia rezygnacji / przerwania uczestnictwa / anulacji biletu podróży/ anulacji noclegów w biurze podróży |
|----------|--|

| | |
|----------|---|
| E | Jeżeli zgłoszenie rezygnacji / przerwania uczestnictwa / anulacji biletu podróży / anulacji noclegów nie nastąpiło w ciągu 2 dni od daty zdarzenia, prosimy o podanie powodu: |
|----------|---|

| | |
|----------|---|
| F | Kogo dotyczy zdarzenie? |
| | • Ubezpieczonego? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE nazwisko i imię _____ |
| | • Osoby bliskiej nie biorącej udziału w imprezie? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | stopień pokrewieństwa z uczestnikiem imprezy / lotu? _____ |
| | nazwisko i imię _____ data urodzenia _____ |
| | adres zamieszkania _____ |
| | • Osoby towarzyszącej w wyjeździe? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| | nazwisko i imię _____ data urodzenia _____ |
| | adres zamieszkania _____ |

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, iż przysługuję 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. |

Forma wypłaty odszkodowania

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotowe konto bankowe nr:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Nazwa i nr oddziału banku: _____

| | |
|--|------------------------------------|
| Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: _____ | Data i podpis Ubezpieczonego _____ |
|--|------------------------------------|

CZĘŚĆ B – wypełnia biuro podróży

| | |
|---|----------|
| Wysokość potrąconych przez organizatora kosztów rezygnacji / anulacji biletu podróży / anulacji noclegów: | _____ zł |
| tj. <input type="text"/> % ceny imprezy / biletu (bez opłat za telefon, fax, wizy i innych kosztów) | |

| | |
|---|----------|
| Wysokość dodatkowych kosztów transportu powrotnego: | _____ zł |
|---|----------|

| | |
|---|----------|
| Wysokość niewykorzystanych świadczeń podróжных (dla wariantu KRiP): | _____ zł |
|---|----------|

| | |
|--|---|
| Osoba do kontaktu w przypadku ewentualnych pytań: nazwisko i imię _____ tel. _____ | Pieczętka firmowa, data i podpis pracownika biura podróży |
|--|---|