

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

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:	
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*:	Zawód:	Imiona rodziców:	

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

Szczegółowy opis okoliczności i przebieg zdarzenia:

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

\*) w przypadku cudzoziemców – data urodzenia

Czy wszczęto postępowanie karne, jeśli tak to przeciwko komu?

Podać imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania osób poszkodowanych w wyniku zdarzenia:

Przybliżona wielkość strat:

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

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 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.

## 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.