

# TWOJA KARTA PODRÓŻE – ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ORAZ KOSZTÓW RATOWNICTWA I TRANSPORTU W CZASIE 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,
2. oryginalne rachunki,
3. oryginalne dowody opłat,
4. dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i/lub epikryzę.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody, prosimy dołączyć:

1. protokół policji z miejsca zdarzenia,
2. zeznania świadków,
3. akt zgonu,
4. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

## Adres do korespondencji:

**APRIL Polska Assistance Sp. z o.o.**  
**ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa**

email: [likwidacja-turystyka@pl.april.com](mailto:likwidacja-turystyka@pl.april.com)

tel: +48 22 568-98-18

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 O TWOJEJ KARCIE PODRÓŻE

Nr TWOJEJ KARTY PODRÓŻE:	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:												

## INFORMACJE O SZKODZIE

Wyjazd z Polski:	<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"/>
	(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)			(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)
Powrót do Polski:	<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"/>
	(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)			(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)
Zdarzenie:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Miejscowość:	Kraj:				
	(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)						
Przyjęcie Ubezpieczonego do leczenia:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Czy sprawa została zgłoszona do Centrum Pomocy?	TAK <input type="checkbox"/>				
	(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(godzina)	nr sprawy					
Szczegółowy opis zachorowania/wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:										

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się przed zachorowaniem / wypadkiem:

Nazwy i adresy placówek medycznych, w których Ubezpieczony leczył się po zachorowaniu/wypadku:

Dane lekarzy lub jednostek medycznych, w których poszkodowany leczył się przed wyjazdem.

Jeżeli zdarzenie dotyczyło wypadku komunikacyjnego, prosimy podać nr rejestracyjny samochodu i komisariat policji, na który sprawa została zgłoszona:

Jeżeli Ubezpieczony w chwili wypadku prowadził pojazd samochodowy, prosimy podać numer i kategorie prawa jazdy:

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej?

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

Wielkość szkody:

Data rachunku	Kwota w lokalnej walucie	Czego dotyczy rachunek	Kto opłacił rachunek

Czy spodziewa się Pan/Pani innych rachunków?

TAK  NIE

24. Czy posiada Pan/Pani inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie?

Jeśli tak, to prosimy podać:

TAK  NIE

nazwę 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. Przyjmuje 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.

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na:**

otrzymywanie korespondencji w formie elektronicznej na podany w zgłoszeniu adres e-mail.

## FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na zlotowe 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"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

Data i podpis Ubezpieczonego