



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 Ubezpieczenia 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. Prosta 68
00-838 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

* Dotyczy obywateli Rzeczypospolitej Polskiej.

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 wyczynowego 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?

Tak

Nie

Nazwisko i imię:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia TUiR S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych osobowych o stanie zdrowia oraz nałogach, wskazanych w niniejszym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu w celu wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Tak Nie

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Tak Nie

Data

Podpis osoby bliskiej** (jeśli szkoda dotyczy osoby bliskiej)

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia otrzymałem/-am Informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych.

Tak Nie

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Tak Nie

Data

Podpis osoby bliskiej** (jeśli szkoda dotyczy osoby bliskiej)

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. (dalej: Towarzystwo) oraz INTER PARTNER ASSISTANCE do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu oraz INTER PARTNER ASSISTANCE.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu oraz INTER PARTNER ASSISTANCE przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo oraz INTER PARTNER ASSISTANCE do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem(am) ubezpieczony(a) lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

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.

Z wyrazami szacunku,

AXA Ubezpieczenia TUIR S.A oraz Inter Partner Assistance 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