

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ PODCZAS PODROŻY ZAGRANICZNEJ (nie dotyczy ubezpieczenia: TWOJA KARTA PODRÓŻE)

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres Mondial 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:

Mondial Assistance Sp. z o.o.
ul. Domaniewska 50b, 02-672 Warszawa

email szkody.turystyka@tueuropa.pl

tel. +48 22 568-98-28

fax +48 22 568-98-29

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

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

DANE OSOBOWE POSZKODOWANEGO

Imię:	Nazwisko:	PESEL:*
Adres zameldowania:		
<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"/>
(kod pocztowy)	(miejscowość)	(ulica) (telefon)
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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	(dzień) (miesiąc) (rok) (dzień) (miesiąc) (rok)
Ubezpieczający/Biuro podróży:	

INFORMACJE O SZKODZIE

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

Szczegółowy opis okoliczności i przebieg zdarzenia:

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

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.

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 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 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.