



POWIADOMIENIE O ZDARZENIU SZKODOWYM

Prosimy o wypełnienie formularza i dołączenie poniższych dokumentów:

1. Dokumentacja medyczna wraz z diagnozą i datą udzielenia pomocy
2. Oryginały rachunków za poniesione koszty
3. Potwierdzenie utraty, zniszczenia bagażu
4. Umowę uczestnictwa/potwierdzenie rezerwacji biletu lub noclegów
5. Potwierdzenie opłacenia umowy uczestnictwa w imprezie/biletu
6. Pisemne zaświadczenie z biura podróży potwierdzające rezygnację i zawierające informację jaka kwota została zwrócona przez biuro
7. Pisemne potwierdzenie od przewoźnika w przypadku anulowania biletu
8. Oryginały rachunków i dowody zapłaty za transport powrotny w przypadku nagłego powrotu
9. Dokumentację potwierdzającą konieczność odwołania uczestnictwa w imprezie (dokumentacja lekarska, zaświadczenie wydane przez policję lub odpowiedni organ)

Informacje ogólne

- Rezygnacja z podróży/odwołanie, opóźnienie lotu/wcześniejszy powrót
- Bagaż podróży
- OC
- NNW
- Nagłe zachorowanie
- Nieszczęśliwy wypadek

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej szkodę

Nr telefonu

Adres e-mail

Imię i nazwisko osoby ubezpieczonej

Numer pesel

Adres zamieszkania

Kraj stałego zamieszkania

Numer telefonu

Adres e-mail

Adres korespondencyjny

Czy wyraża Pan/Pani zgodę na otrzymywanie korespondencji również pocztą elektroniczną?

Tak

Nie

Informacje o ubezpieczeniu

Seria i numer polisy

Wariant ubezpieczenia

Okres ubezpieczenia od do



Czy ubezpieczony posiada inne ubezpieczenie (w tym ubezpieczenie w ramach karty bankowej) obejmujące swym zakresem koszty leczenia/pomocy assistance/transportu medycznego?

- Nie
 Tak – jeśli tak to prosimy o podanie informacji o ubezpieczeniu

Nazwa ubezpieczyciela / nazwa banku:

Numer polisy:

Okres ubezpieczenia:

Wariant ubezpieczenia / nazwa karty:

Informacje o podróży

Typ podróży

- Indywidualna
 Grupowa - proszę podać nazwę biura podróży

Numer lotu / numer rezerwacji

Docelowy kraj podróży

Data i godzina wyjazdu

Data i godzina powrotu

Cel podróży:

- turystyka i rekreacja
 praca umysłowa / nauka / delegacja służbowa
 wyczynowe uprawianie sportu
 sporty ekstremalne
 leczenie / rehabilitacja / leczenie sanatoryjne
 praca fizyczna

Informacje o zdarzeniu

Czy zdarzenie zostało zgłoszone do Centrum Alarmowego Assistance?

- Tak – proszę podać numer sprawy:
- Nie – proszę podać przyczynę:

Data i godzina zdarzenia

Kraj i miejsce zdarzenia

Typ zdarzenia

- Nagłe zachorowanie: od kiedy i jakie objawy (data), informacja o diagnozie, zakres udzielonej pomocy
 Nieszczęśliwy wypadek: okoliczności i przyczyny zdarzenia, miejsce zdarzenia, zakres udzielonej pomocy
 Wypadek komunikacyjny: okoliczności i przyczyny zdarzenia, miejsce zdarzenia, zakres udzielonej pomocy
 Inne



Opis zdarzenia i zakres udzielonej pomocy

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Czy do powstania szkody doszło na skutek spożycia: alkoholu/środków odurzających/leków?

Tak

Nie

Czy zdarzenie zostało zgłoszone odpowiednim służbom (policja, straż, służby ratownicze)?

Tak

Nie

Informacje o powstałych kosztach

Koszty leczenia w wysokości

Koszty transportu w wysokości

Pozostałe koszty w wysokości

Czy wymienione koszty zostały uregulowane?

Tak

Nie

Dyspozycja wypłaty

Numer rachunku w PLN

Bank odbiorcy

Imię i nazwisko odbiorcy

Adres odbiorcy

ulica

nr domu

nr mieszkania

kod pocztowy

mięscowość



ASSISTANCE

więcej / niż serwis

Oświadczenia

Upoważniam Ubezpieczyciela do zasięgnięcia wszelkich informacji medycznych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, w tym do przetwarzania moich danych osobowych w tym zakresie. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie Ubezpieczycielowi przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej wszelkich informacji o stanie mojego oraz dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia.

Upoważniam Ubezpieczyciela do zasięgnięcia informacji w sądzie, prokuraturze, policji oraz innych organach i instytucjach w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

.....
data

.....
podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Niniejszym potwierdzam, iż podane powyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji może skutkować pociągnięciem mnie do odpowiedzialności karnej i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania.

.....
data

.....
podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Adres korespondencyjny

Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa

adres e-mail: Likwidacja@axa-assistance.pl

Fax: +48 22 529 84 86