



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

## B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

Data rezerwacji podróży/biletu

Planowana data rozpoczęcia podróży

Planowana data zakończenia podróży

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

Data zgłoszenia rezygnacji organizatorowi/przewoźnikowi

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





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