

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

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

**APRIL Polska Assistance Sp. z o.o.**

**ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa**

Email: likwidacja-turystyka@pl.april.com

tel: +48 22 568-98-28

mobile: +48 519-116-345

fax: +48 22 864-55-23

### DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię: .....

2. Adres:     .....  
(miejscowość) (ulica) (telefon)

3. Adres do korespondencji: .....

4. Adres e-mail: .....

5. Pesel\*:                      .....  
(zawód) (imiona rodziców)

### DANE O POLISIE

6. Nr polisy: ..... ważna od       do        
(dzień) (miesiąc) (rok) (dzień) (miesiąc) (rok)

7. Ubezpieczający / Biuro podróży: .....

### INFORMACJE O SZKODZIE

8. Wyjazd z Polski:           ..... Powrót do Polski:           .....  
lub (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina) (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

9. Wyjazd z miejsca zamieszkania:           .....  
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

10. Powrót do miejsca zamieszkania:           .....  
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)

11. Zdarzenie:         .....  
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina) (miejscowość) (kraj)

12. Czy sprawa została zgłoszona do Centrum Pomocy? **Tak** – nr sprawy ..... **Nie**

13. Szczegółowy opis okoliczności i przebieg zdarzenia: .....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

\*) w przypadku cudzoziemców – data urodzenia

15. Czy wszczeto postępowanie karne, jeśli tak to przeciwko komu? .....

16. Podać imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania osób poszkodowanych w wyniku zdarzenia: .....

17. Przybliżona wielkość strat: .....

18. Czy posiada Pan / Pani inna polisę obejmującą ochronę ubezpieczeniową to zdarzenie? Tak Nie  
Jeśli tak, to prosimy podać:  
nazwę zakładu ubezpieczeń ..... nr polisy .....

#### OSWIADCZENIE

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 SA 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 SA dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

#### FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotowe konto bankowe nr:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

Nazwa i nr oddziału banku: .....

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego: .....

.....  
\*Data i podpis Ubezpieczającego/  
/pracownika biura podróży

.....  
Data i podpis Ubezpieczonego