

## ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW REZYGNACJI Z IMPREZY TURYSTYCZNEJ / KOSZTÓW PRZERWANIA UCZESTNICTWA W IMPREZIE TURYSTYCZNEJ / ANULOWANIA BILETU PODRÓŻY / ANULOWANIA NOCLEGÓW

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres TU Europa S.A. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. polisę (nie dotyczy osób ubezpieczonych w ramach imprez zakupionych w biurach podróży),
2. umowę uczestnictwa w imprezie turystycznej i oświadczenie o rezygnacji lub przerwaniu uczestnictwa w imprezie turystycznej poświadczony w biurze podróży – dotyczy ubezpieczenia kosztów rezygnacji (KRI) oraz ubezpieczenia kosztów rezygnacji lub przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej (KRIP),
3. bilet podróży i oświadczenie o anulacji biletu podróży poświadczony w biurze podróży,
4. dowody wniesionych opłat za imprezę turystyczną / bilet podróży / noclegi.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. dokumentację medyczną wraz z diagnozą lekarską,
2. protokół policji z miejsca zdarzenia,
3. akt zgonu,
4. zaświadczenie o utracie pracy,
5. oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za transport powrotny,
6. zaświadczenie z biura podróży o kosztach transportu powrotnego przewidzianych w umowie,
7. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

Powyższy wniosek można złożyć:

- 1) pisemnie, na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław, lub
- 2) w formie elektronicznej, wniesionej mailowo lub za pomocą narzędzia komunikacji udostępnionego przez Ubezpieczyciela na stronie [www.tueuropa.pl](http://www.tueuropa.pl), lub
- 3) osobiście lub przez pełnomocnika w siedzibie Spółki.

tel: 801 500 300 - dla połączeń z telefonów stacjonarnych  
71 36 92 887 - dla połączeń z telefonów komórkowych

### CZĘŚĆ A – wypełnia Ubezpieczony

#### Dane o Ubezpieczonym

Imię:		Nazwisko:	
Adres zameldowania:			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(kod pocztowy)	(miejsowość)	(ulica)	(telefon)
Adres do korespondencji:			Adres e-mail
PESEL:*			

#### Rodzaj szkody

<input type="checkbox"/> koszty rezygnacji z imprezy turystycznej		
<input type="checkbox"/> koszty przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej		
<input type="checkbox"/> koszty anulowania biletu lotniczego	<input type="checkbox"/> biletu promowego	<input type="checkbox"/> biletu autobusowego
<input type="checkbox"/> koszty anulowania noclegów		

#### Informacje o imprezie turystycznej / bilecie podróży/ zakupie noclegów

Nazwa biura podróży, w którym wykupiono imprezę turystyczną / bilet podróży/ noclegi:			
Kraj docelowy:		Wykupiono w dniu:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		(dzień)	(miesiąc)
Początek imprezy / data wylotu:		Koniec imprezy / data powrotu:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(dzień)	(miesiąc)	(rok)	(rok)
Środek transportu (dla wariantu KRI / KRIP):			
<input type="checkbox"/> samolot	<input type="checkbox"/> statek	<input type="checkbox"/> autobus	<input type="checkbox"/> kolej
<input type="checkbox"/> inne:	<input type="text"/>		

## Przyczyny rezygnacji z imprezy turystycznej / przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej / anulacji biletu podróży / anulacji noclegów

A	<input type="checkbox"/> nagle zachorowanie	<input type="checkbox"/> śmierć	<input type="checkbox"/> przedwczesny poród	<input type="checkbox"/> szkoda w mieniu	<input type="checkbox"/> nieszczęśliwy wypadek
	<input type="checkbox"/> inne _____				
B	Przy nieszczęśliwych wypadkach podać kto spowodował wypadek				
C	Data zdarzenia, które doprowadziło do rezygnacji / przerwania uczestnictwa / anulacji biletu podróży/ anulacji noclegów				
D	Data pisemnego zgłoszenia rezygnacji / przerwania uczestnictwa / anulacji biletu podróży/ anulacji noclegów w biurze podróży				
E	Jeżeli zgłoszenie rezygnacji / przerwania uczestnictwa / anulacji biletu podróży / anulacji noclegów nie nastąpiło w ciągu 2 dni od daty zdarzenia, prosimy o podanie powodu:				
F	Kogo dotyczy zdarzenie?				
	• Ubezpieczonego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	nazwisko i imię _____	
	• Osoby bliskiej nie biorącej udziału w imprezie?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
	stopień pokrewieństwa z uczestnikiem imprezy / lotu? _____				
	nazwisko i imię _____		data urodzenia _____		
	adres zamieszkania _____				
	• Osoby towarzyszącej w wyjeździe?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		
	nazwisko i imię _____		data urodzenia _____		
	adres zamieszkania _____				

## Oświadczenie

- Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
- Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU Europa S.A. dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
- 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.
- 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.
- 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 przysługuję 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;

otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu drogą SMS na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

(zaznaczyć krzyżykiem w przypadku wyrażenia zgody)

## 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 Ubezpieczonego

## CZĘŚĆ B – wypełnia biuro podróży

Wysokość potrąconych przez organizatora kosztów rezygnacji / anulacji biletu podróży / anulacji noclegów: \_\_\_\_\_ zł

tj. \_\_\_\_\_ % ceny imprezy / biletu (bez opłat za telefon, fax, wizy i innych kosztów)

Wysokość dodatkowych kosztów transportu powrotnego: \_\_\_\_\_ zł

Wysokość niewykorzystanych świadczeń podróży (dla wariantu KRIP): \_\_\_\_\_ zł

Osoba do kontaktu w przypadku ewentualnych pytań:

nazwisko i imię \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

Pieczęć firmowa, data i podpis pracownika biura podróży