

W celu szybkiego i sprawnego rozpatrzenia roszczenia prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza, dołączenie wymaganych dokumentów (stosownie do rodzaju szkody) i dostarczenie drogą korespondencyjną lub elektroniczną na poniżej podany adres firmy świadczącej serwis likwidacji szkód i działającej w imieniu UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Wymagane dokumenty:

- 1) dokumentacja medyczna wraz z diagnozą i datą udzielenia pomocy
- 2) rachunki za poniesione koszty
- 3) dokumentacja medyczna kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań
- 4) zaświadczenie lekarza o zakończeniu leczenia (ubezpieczenie NNW)
- 5) akt zgonu, karta zgonu i karta statystyczna do karty zgonu lub inny dokument określający przyczynę zgonu
- 6) protokół policji z miejsca zdarzenia, straży pożarnej czy innych służb, których interwencja była wymagana
- 7) zeznania świadków
- 8) dokumenty potwierdzające wystąpienie roszczenia wobec Ubezpieczonego (ubezpieczenie OC)
- 9) dokumentacja medyczna w przypadku szkody na osobie (ubezpieczenie OC)
- 10) rachunki za naprawę lub zakup uszkodzonej/zniszczonej rzeczy (ubezpieczenie OC)
- 11) potwierdzenie zniszczenia, utraty, kradzieży bagażu podróżnego
- 12) potwierdzenie od przewoźnika o opóźnieniu bagażu, lotu
- 13) potwierdzenie zakupu sprzętu sportowego należącego do Ubezpieczonego, który uległ kradzieży lub zniszczeniu
- 14) umowa związana z podróżą (np. umowa uczestnictwa w imprezie turystycznej, potwierdzenie rezerwacji noclegu, kupna biletu, wynajmu jachtu)
- 15) potwierdzenie opłacenia umowy związanej z podróżą, kupna biletu (ubezpieczenie rezygnacji z podróży)
- 16) pisemne zaświadczenie z biura podróży lub od innego dostawcy usług turystycznych potwierdzające rezygnację Ubezpieczonego i zawierające informację, jaka kwota została zwrócona przez biuro lub innego dostawcę usług turystycznych Ubezpieczonemu (ubezpieczenie rezygnacji z podróży)
- 17) pisemne potwierdzenie od przewoźnika o anulowaniu biletu i potrąconych kosztach (ubezpieczenie rezygnacji z podróży)
- 18) rachunki i dowody zapłaty za transport powrotny w przypadku nagłego powrotu i przerwania podróży
- 19) dokumentacja potwierdzająca konieczność odwołania podróży (dokumentacja lekarska, zaświadczenie wydane przez policję lub odpowiedni organ)
- 20) inne dokumenty związane z zaistniałym zdarzeniem, mające na celu ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Adres do korespondencji:

Inter Partner Assistance Polska S.A.
ul. Prosta 68
00-838 Warszawa
tel. +48 22 575 90 80
e-mail: likwidacja@ipa.com.pl

A. INFORMACJE OGÓLNE

Zgłoszone roszczenie dotyczy ubezpieczenia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kosztów leczenia i pomocy assistance | <input type="checkbox"/> Gotówki wypłaconej z bankomatu |
| <input type="checkbox"/> Następstw nieszczęśliwych wypadków | <input type="checkbox"/> Mienia ruchomego pozostawionego w miejscu zamieszkania podczas wyjazdu za granicę |
| <input type="checkbox"/> Bagażu podróżnego | <input type="checkbox"/> Sprzętu sportowego |
| <input type="checkbox"/> Opóźnienia bagażu podróżnego / opóźnienia lotu | <input type="checkbox"/> Zwrotu za koszty leczenia / koszty rehabilitacji / pobyt w szpitalu na terenie RP |
| <input type="checkbox"/> Odpowiedzialności cywilnej | <input type="checkbox"/> Zwrotu za niewykorzystany karnet, wypożyczenie sprzętu narciarskiego / snowboardowego |
| <input type="checkbox"/> Rezygnacji z podróży lub jej przerwania | |

1. Nazwisko i imię osoby zgłaszającej szkodę

2. Numer telefonu

3. Adres e-mail

4. Imię i nazwisko osoby ubezpieczonej

5. Data urodzenia

6. Adres zamieszkania

 /
Kod pocztowy Miejscowość Ulica Numer domu/lokalu

Kraj stałego zamieszkania

7. Numer telefonu

8. Adres e-mail

9. Adres do korespondencji

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Czy wyraża Pan/Pani zgodę, aby korespondencja była wysyłana do Pana/Pani również drogą elektroniczną? Tak Nie

B. INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

1. Numer polisy

2. Okres ubezpieczenia od DD MM RRRR do DD MM RRRR

3. Data wykupienia polisy (dotyczy polis indywidualnych) DD MM RRRR

4. Nazwa Biura Podróży – organizatora podróży (dotyczy polis grupowych w ramach umów z organizatorami turystycznymi)

5. Czy Ubezpieczony posiada inne ubezpieczenie, które obejmuje swym zakresem zaistniałe zdarzenie?
Jeżeli tak, prosimy podać: Tak Nie

Nazwa Ubezpieczyciela/Banku wydającego kartę

Numer polisy

Okres ubezpieczenia od DD MM RRRR do DD MM RRRR

Nazwa karty bankowej

C. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. Docelowy kraj podróży

2. Początek podróży data wyjazdu DD MM RRRR godzina GG MM

3. Zakończenie podróży data wyjazdu DD MM RRRR godzina GG MM

4. Numer rezerwacji wycieczki/lotu

D. INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKODY

1. Czy zdarzenie zostało zgłoszone do Centrum Alarmowego Assistance?

Tak – prosimy podać numer sprawy:

Nie – prosimy podać przyczynę:

2. Data i godzina zdarzenia DD MM RRRR GG MM

3. Kraj i miejsce zdarzenia

4. Typ zdarzenia:

Nagłe zachorowanie (prosimy podać od kiedy (data) i jakie objawy, jaka diagnoza, zakres udzielonej pomocy):

Nieszczęśliwy wypadek (prosimy podać okoliczności i przyczyny zdarzenia, miejsce zdarzenia, zakres udzielonej pomocy):

Wypadek komunikacyjny (prosimy podać okoliczności i przyczyny zdarzenia, miejsce zdarzenia, zakres udzielonej pomocy):

Inne

5. Od kiedy Ubezpieczony cierpiał na te dolegliwości i kiedy miała miejsce pierwsza porada medyczna w tej sprawie?

6. Opis zdarzenia

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

Tak

Nie

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

Tak

Nie

E. INFORMACJE DOTYCZĄCE PONIESIONYCH KOSZTÓW

Prosimy podać spis wszystkich poniesionych kosztów.

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie oryginałów rachunków z tytułu poniesionych kosztów

(w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce).

Opis rachunku (np. leki, porada medyczna, transport)	Data wystawienia rachunku	Kwota i waluta	Opłacono*	
1)	<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="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2)	<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="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3)	<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="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4)	<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="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5)	<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="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

* Jeżeli rachunek został opłacony, prosimy podać kto opłacił rachunek:

F. DANE DO PRZELEWU

Dyspozycja wypłaty

Numer rachunku

Bank odbiorcy

Imię i nazwisko odbiorcy

Adres odbiorcy

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

/

Numer domu/lokalu

G. OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 (dalej: Towarzystwo), moich danych osobowych o stanie zdrowia oraz nałogach, wskazanych w niniejszym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu w celu wykonania zawartej umowy ubezpieczenia. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Tak Nie

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia otrzymałem/-am Informacje o zasadach przetwarzania danych osobowych.

Tak Nie

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

