

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:

Biuro Szkód Ubezpieczeniowych i Assistance CORIS Varsovie Sp. z o.o.

ul. Piastów Śląskich 65, 01-494 Warszawa

Email: likwidacja@coris.pl

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: (mięscowość), (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:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina) (dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
lub
9. Wyjazd z miejsca zamieszkania:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
10. Powrót do miejsca zamieszkania:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
11. Zdarzenie:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina) (mięscowość) (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:

15. Czy wszczęto 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 inną polisę obejmującą ochroną ubezpieczeniową to zdarzenie? Tak Nie

Jeśli tak, to prosimy podać:
nazwę zakładu ubezpieczeń nr polisy

OŚWIADCZENIE

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