

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 SA 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 poświadczane w biurze podróży – dotyczy u bezpieczenia kosztów rezygnacji (KRI) oraz ubezpieczenia kosztów rezygnacji lub przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej (KRIP),
3. bilet podróży i oświadczenie o anulacji biletu podróży poświadczane w biurze podróży,
4. dowody wniesionych opłat za imprezę turystyczną/ bilet podróży/ noclegi.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody prosimy dołączyć:

1. oświadczenie zawierające zgodę na przetwarzanie danych osobowych i pozyskiwanie dokumentacji medycznej – jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczy osoby bliskiej lub współuczestnika imprezy. Pomocniczo ubezpieczyciel przygotował oświadczenie stanowiące załącznik do zgłoszenia szkody.
2. dokumentację medyczną wraz z diagnozą lekarską,
3. protokół policji z miejsca zdarzenia,
4. akt zgonu,
5. zaświadczenie o utracie pracy,
6. oryginalne rachunki i oryginalne dowody opłat za transport powrotny,
7. zaświadczenie z biura podróży o kosztach transportu powrotnego przewidzianych w umowie,
8. 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, 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:	
(kod pocztowy)	(miejscowość)
(ulica)	
(telefon)	
Adres do korespondencji:	Adres e-mail
PESEL:*	

Rodzaj szkody

☐ koszty rezygnacji z imprezy turystycznej		
☐ koszty przerwania uczestnictwa w imprezie turystycznej		
☐ koszty anulowania biletu lotniczego	☐ biletu promowego	☐ biletu autobusowego
☐ 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:
	(dzień) (miesiąc) (rok)
Początek imprezy / data wylotu:	Koniec imprezy / data powrotu:
	(dzień) (miesiąc) (rok)
Środek transportu (dla wariantu KRI / KRIP):	
☐ samolot ☐ statek ☐ autobus ☐ kolej ☐ inne:	

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

A	☐ nagle zachorowanie	☐ śmierć	☐ przedwczesny poród	☐ szkoda w mieniu	☐ nieszczęśliwy wypadek
	☐ inne				
B	Przy nieszczęśliwych wypadkach podać kto spowodował wypadek				

*) w przypadku cudzoziemców - data urodzenia

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? ☐ TAK ☐ NIE nazwisko i imię • Osoby bliskiej nie biorącej udziału w imprezie? ☐ TAK ☐ NIE stopień pokrewieństwa z uczestnikiem imprezy / lotu? nazwisko i imię data urodzenia adres zamieszkania • Osoby towarzyszącej w wyjeździe? ☐ TAK ☐ NIE nazwisko i imię data urodzenia adres zamieszkania

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.		
4.	Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA 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 SA przekazało dane firmie reasekuracyjnej, w tym za granicę, jeżeli będzie to wymagane w związku z warunkami reasekuracji ryzyk ubezpieczeniowych.		
5.	Przyjmuję do wiadomości fakt, że Towarzystwo Ubezpieczeń Europa SA z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62 jest administratorem moich danych osobowych oraz, iż przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych osobowych będących w posiadaniu TU Europa SA i prawo ich poprawiania oraz fakt, że przetwarzanie danych w celach innych niż związane z ubezpieczeniem wymaga uzyskania uprzedniej pisemnej zgody.		
6.	Oświadczam, że posiadam/nie posiadam** ubezpieczenia w innym zakładzie ubezpieczeń pokrywającego swym zakresem zdarzenie zgłaszanej szkody:		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; padding: 5px;">Nazwa towarzystwa</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; padding: 5px;">Numer polisy</td> </tr> </table>	Nazwa towarzystwa	Numer polisy
Nazwa towarzystwa	Numer polisy		
7.	Oświadczam, że z tytułu zgłaszanej szkody nie otrzymałem/am odszkodowania z innego zakładu ubezpieczeń, jak również nie czynię starań, aby takie odszkodowanie uzyskać.		
Data i podpis Ubezpieczonego			

Oświadczam, że wyrażam zgodę na	
☐ otrzymywanie korespondencji w formie elektronicznej na podany w zgłoszeniu adres e-mail; (zaznaczyć krzyżykiem w przypadku wyrażenia zgody)	☐ otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu drogą SMS na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

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.	Pieczętka firmowa, data i podpis pracownika biura podróży

**) niepotrzebne skreślić