

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 podróжного
- 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:

- | | |
|---|---|
| ☐ Kosztów leczenia i pomocy assistance | ☐ Gotówki wypłaconej z bankomatu |
| ☐ Następstw nieszczęśliwych wypadków | ☐ Mienia ruchomego pozostawionego w miejscu zamieszkania podczas wyjazdu za granicę |
| ☐ Bagażu podróжного | ☐ Sprzętu sportowego |
| ☐ Opóźnienia bagażu podróжного / opóźnienia lotu | ☐ Zwrotu za koszty leczenia / koszty rehabilitacji / pobyt w szpitalu na terenie RP |
| ☐ Odpowiedzialności cywilnej | ☐ Zwrotu za niewykorzystany karnet, wypożyczenie sprzętu narciarskiego / snowboardingowego |
| ☐ 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 DD MM RR RR

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? ☐ Tak ☐ Nie
Jeżeli tak, prosimy podać:

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)			☐ Tak	☐ Nie
2)			☐ Tak	☐ Nie
3)			☐ Tak	☐ Nie
4)			☐ Tak	☐ Nie
5)			☐ Tak	☐ 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

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (dalej: Towarzystwo) oraz INTER PARTNER ASSISTANCE Polska S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu oraz INTER PARTNER ASSISTANCE Polska S.A.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu oraz INTER PARTNER ASSISTANCE Polska S.A. przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo oraz INTER PARTNER ASSISTANCE Polska S.A. do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
- innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/am ubezpieczony/-a lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

 D D M M R R R R
Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu druków, prosimy o kontakt: tel. +48 22 575 90 80 lub na adres likwidacja@ipa.com.pl