

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) kopia umowy najmu pojazdu wraz ze wskazaniem kwoty udziału własnego w szkodzie oraz potwierdzenie uiszczenia kwoty udziału własnego
- 21) dokumentacja potwierdzająca leczenie zwierzęcia w placówce weterynaryjnej za granicą wraz z dowodami zapłaty
- 22) inne dokumenty związane z zaistniałym zdarzeniem, mające na celu ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Adres do korespondencji:

ISON Care Sp. z o.o.
ul. Sienna 73
00-833 Warszawa
tel. +48 22 599 91 85
e-mail: likwidacja-turystyka@isoncare.eu

A. INFORMACJE OGÓLNE

Zgłoszone roszczenie dotyczy ubezpieczenia:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kosztów leczenia i pomocy assistance | <input type="checkbox"/> Sprzętu sportowego |
| <input type="checkbox"/> Następstw nieszczęśliwych wypadków | <input type="checkbox"/> Zwrotu za koszty leczenia / koszty rehabilitacji / pobyt w szpitalu na terenie RP |
| <input type="checkbox"/> Bagażu podróжного | <input type="checkbox"/> Zwrotu za niewykorzystany karnet, wypożyczenie sprzętu narciarskiego / snowboardingowego |
| <input type="checkbox"/> Opóźnienia bagażu podróжного / opóźnienia lotu | <input type="checkbox"/> Udziału własnego w wynajętym pojeździe |
| <input type="checkbox"/> Odpowiedzialności cywilnej | |
| <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? 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 UNIQA?

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 _____

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.

Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Towarzystwo od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgnięcia informacji w:

– Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych lub w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia 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 przeze mnie danych oraz ustalenia mojego prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci 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.

Data

Podpis Ubezpieczonego lub pełnomocnika

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu druków, prosimy o kontakt: tel. +48 22 599 91 85 lub na adres likwidacja-turystyka@isoncare.eu