

# Zgłoszenie Roszczenia



Numer Roszczenia:

\_\_\_\_\_  
(Wypełnia instytucja rozpatrująca roszczenie)

Dane osoby składającej  
roszczenie:

Imię i nazwisko:

Rodzaj roszczenia:

Data:

Adres:

Numer telefonu:

Email:

## Ważne informacje/co należy zrobić?

1. Wypełnić załączony formularz roszczenia.
2. Załączyć do tego formularza jakiegokolwiek dodatkowe adnotacje/komentarze.
3. Sporządzić listę dokumentów załączonych do tego formularza:  
(lista dokumentów wymagana przy składaniu roszczeń znajduje się na stronie 35 dokumentu polisy)

a)

b)

c)

d)

e)

f)



# Zgłoszenie Roszczenia



## Szczegóły podróży:

Data rezerwacji podróży:

---

Data odlotu:

---

Data powrotu:

---

Państwo:

---

Cel podróży:

---

Należy wyszczególnić, co jest przedmiotem roszczenia:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Kwota:

€

---

# Zgłoszenie roszczenia z tytułu odwołania



Powód anulowania – proszę zaznaczyć

Śmierć

Choroba

Wypadek

Niemedyczne

Jeśli anulowanie zostało spowodowane przez osobę niepodróżującą i nieubezpieczoną w Państwa polisie, proszę określić relację, w jakiej osoba ta pozostaje do Państwa:

Jeśli powód anulowania jest natury medycznej, załączony dokument medyczny MUSI zostać wypełniony przez lekarza rodzinnego dla osoby, której stan spowodował anulowanie podróży.

1. Data i godzina, kiedy zrozumieli Państwo, że będziecie musieli odwołać wyjazd \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Godzina: \_\_\_\_\_
2. Data i godzina poinformowania przez Klienta jego biura podróży lub organizatora imprezy turystycznej o konieczności odwołania wyjazdu: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Godzina: \_\_\_\_\_
3. Szczegółowe dane w zakresie kosztu wyjazdu i opłat związanych z jego odwołaniem  
Wakacje zorganizowane   
Zarezerwowane niezależnie   
Koszty biletów: \_\_\_\_\_ €  
Koszty zakwaterowania: \_\_\_\_\_ €  
Wycieczki zarezerwowane: \_\_\_\_\_ €  
Inne wydatki (tj. parking samochodowy, hotele przy lotnisku, przejazdy): \_\_\_\_\_ €  
Odliczony zwrot pieniędzy otrzymany lub podany do wiadomości: \_\_\_\_\_ €  
Całkowita wnioskowana kwota: \_\_\_\_\_ €

Proszę określić jak zapłacili Państwo za wyjazd (gotówką, kartą kredytową, lub kartą debetową). Jeśli za pomocą karty kredytowej, proszę załączyć kopię wyciągu potwierdzającego wykonaną transakcję.

---

# Zgłoszenie roszczenia z tytułu odwołania



4. Imiona i nazwiska oraz daty urodzenia wszystkich osób, które anulowały wyjazd:

Tytuł	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Zawód

5. Proszę szczegółowo opisać powody anulowania:

---

---

---

---

Proszę uzupełnić jedną z poniższych rubryk, jeśli jest to związane z powodem anulowania:

Zwolnienie z pracy:

Data poinformowania o zwolnieniu z pracy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data rozpoczęcia okresu bezrobocia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Rok przyjęcia do pracy w firmie: \_\_\_\_\_

Proszę potwierdzić, czy opłacano na zasadzie PAYE:

Tak  Nie

Proszę dołączyć ORYGINALNĄ kopię listu od pracodawcy potwierdzającego zwolnienie z pracy

Wypadek drogowy:

Data wypadku drogowego: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Miejsce wypadku: \_\_\_\_\_

# Zgłoszenie roszczenia z tytułu odwołania



Numer wypadku/raportu  
policyjnego:

---

Marka pojazdu:

---

Model pojazdu:

---

Nazwa i adres  
ubezpieczyciela osoby  
trzeciej:

---

Proszę dołączyć **ORYGINALNĄ** kopię raportu policji na temat wypadku

Wypadek w pracy (lub podobne):



Data poinformowania o wypadku:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nazwa firmy:

---

Adres firmy:

---

Nazwa i adres  
ubezpieczyciela firmy:

---

Proszę dołączyć **ORYGINALNĄ** kopię listu lub raportu od pracodawcy potwierdzającego informacje szczegółowe o wypadku

Czy klient posiada jakąkolwiek formę konta bankowego/ karty kredytowej, która oferuje dodatkowe ubezpieczenie na czas podróży, pokrywające okoliczności towarzyszące roszczeniu Klienta?

Tak  Nie

Jeśli **TAK**, proszę uzupełnić poniższe dane:

Numer karty:

---

Bank wystawiający kartę:

---

Rodzaj karty (Gold, Platinum, Standard):

---

# Zgłoszenie roszczenia z tytułu odwołania



Czy zgłoszono roszczenie wobec osoby trzeciej?

Tak  Nie

Jeśli **TAK**, proszę podać szczegóły:

---

---

Czy posiadają Państwo jakąkolwiek inną polisę, która może pokrywać okoliczności

towarzyszące roszczeniu klienta? Pozostałe polisy: Barclaycard, Amex

Tak  Nie

Jeśli **TAK**, proszę podać szczegóły

Jeśli roszczenie ma związek z wypadkiem proszę uzupełnić poniższe dane:

1. Zarys okoliczności, które spowodowały wypadek

---

---

---

2. Jeśli osoba trzecia brała udział w wydarzeniu, proszę podać jej imię i nazwisko, adres oraz informacje dotyczące ubezpieczenia, jeśli są one znane

---

---

3. W sytuacji, gdy Klient wysuwa roszczenie wobec Osoby Trzeciej z tytułu wyrządzonych szkód, proszę podać imię i nazwisko oraz adres adwokata, który może zostać powołany i numer referencyjny

---

---

4. Jeśli osoba Trzecia nie była zaangażowana w wydarzenie, proszę wyjaśnić kto, lub co ponosi winę i dlaczego

---

---

---

# Zgłoszenie roszczenia z tytułu odwołania



Jeśli roszczenie zostanie przyjęte, proszę podać dane rachunku bankowego poniżej w celu dokonania wpłaty:

Proszę potwierdzić dane adresata:

Nazwa banku:

Adres Banku:

Kod bankowy SWIFT:

IBAN:

Numer konta:

Oddział Banku:

Posiadacz konta:

Rodzaj konta (Bieżące, Gold, Platinum itd.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



# Zgłoszenie roszczenia z tytułu odwołania



**Deklaracja: WAŻNE – Brak podpisu spowoduje zwrot zgłoszenia.**

Ja/my zaświadczam/zaświadczamy, że powyższe informacje są zgodne z prawdą według mojej/naszej aktualnej wiedzy. Ja/my nie zataiłem/zatailiśmy dla siebie żadnej informacji będącej w moim/naszym posiadaniu i związanej z tym roszczeniem. Ja/my zgadzam/zgadzamy się na udzielenie ubezpieczycielowi wszelkich informacji, które mogą być wymagane. Ja/my rozumiem/rozumiemy, że wydanie tego zgłoszenia nie oznacza przyznania się przez ubezpieczyciela do odpowiedzialności.

**UWAGA – złożenie zgłoszenia roszczenia niezgodnego z prawdą lub świadomie wyolbrzymionego jest przestępstwem karnym. Badamy wszystkie sprawy, a osoby podejrzane o oszustwo są zgłaszane policji, z którą zawsze współpracujemy.**

## USTAWA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Branża ubezpieczeniowa prowadzi wiele inicjatyw przeciwdziałających oszustwom. Dane zawarte w tym formularzu mogą być przechowywane w formie elektronicznej i mogą być dzielone z innymi organizacjami w tym celu. Ja/my rozumiem/rozumiemy, że Ubezpieczyciel może poprosić o informacje inne organizacje w celu sprawdzenia odpowiedzi, których udzieliłem/udzieliłiśmy.

**WAŻNE** W przypadku odpowiedzialności osoby trzeciej, wszelkie prawa w tej sprawie są przenoszone na czas podróży na ubezpieczycieli lub ich przedstawicieli w kwestii wszelkich ustaleń związanych z tym roszczeniem.

Podpis:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

# Zaświadczenie Medyczne



Wypełnia lekarz Proszę wypełniać drukowanymi literami

Zaświadczenie to należy uzyskać na koszt własny od lekarza rodzinnego we wszystkich przypadkach poniesionych kosztów w związku z Odwołaniem lub Skróceniem podróży powstałych w wyniku wypadku, choroby lub śmierci.

**Ważne:** Prosi się lekarza o szczegółowe wypełnienie formularza w celu uniknięcia konieczności dodatkowej korespondencji.

1. Imię pacjenta:

---

Data urodzenia:

\_\_ / \_\_ / \_\_

2. Czy jest Pan/Pani lekarzem rodzinnym pacjenta?

Tak  Nie

Jeśli **TAK**, jak długo?

---

Jeśli **NIE**, proszę podać pełne dane lekarza rodzinnego:

---

---

3a. Proszę sprecyzować diagnozę choroby, lub urazu, lub przyczynę śmierci:

---

---

b. Kiedy pacjent skonsultował się z Panem/Panią po raz pierwszy w związku z symptomami tego stanu medycznego?

\_\_ / \_\_ / \_\_

4. Data pojawienia się stanu chorobowego, lub urazu:

\_\_ / \_\_ / \_\_

5. Data skierowania na badania:

\_\_ / \_\_ / \_\_

6. Data wykonanych badań:

\_\_ / \_\_ / \_\_

7. Data diagnozy stanu medycznego:

\_\_ / \_\_ / \_\_

8. Data skierowania do specjalisty:

\_\_ / \_\_ / \_\_

9. Imię, Nazwisko i adres specjalisty/chirurga:

---

# Zaświadczenie Medyczne



Kod pocztowy:

10. Czy u pacjenta zdiagnozowano nieuleczalną/śmiertelną chorobę?

Tak  Nie

Jeśli **TAK**, proszę podać datę i prognozę:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

11. Czy wcześniej leczył Pan/Pani tego pacjenta w związku z tą samą/podobną chorobą/urazem jak to zostało opisane w pytaniu 3a?

Tak  Nie

Jeśli **TAK**

a. Proszę podać diagnozę poprzedniej choroby/urazu

b. Proszę podać datę pojawienia się poprzedniej choroby/urazu oraz jaka terapia/lekarstwa zostały przepisane

c. Czy pacjent otrzymuje poradę medyczną, terapię, lub lekarstwa w związku z tym samym/podobnym/powiązany stanem medycznym?

Tak  Nie

Jeśli **TAK**, proszę podać szczegóły:

d. Proszę wyszczególnić wszystkie aktywne stany chorobowe, datę diagnozy i nazwy lekarstw, (jeśli takie zostały przepisane)

12. Czy jakkolwiek lekarz leczył tego pacjenta w związku z tym samym/

Tak  Nie

podobnym/powiązany stanem chorobowym jak to zostało opisane w pytaniu 3a?

# Zaświadczenie Medyczne



Jeśli **TAK**, proszę podać imię/nazwisko i adres lekarza:

\_\_\_\_\_

Kod pocztowy

\_\_\_\_\_

13. Czy pacjent był leczony w szpitalu w związku z jakimkolwiek stanem medycznym przez ostatnie 24 miesiące?      Tak  Nie

Jeśli **TAK**, proszę podać datę i szczegóły terapii:      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Tylko w przypadku ciąży

a. Data Ostatniego Cyklu Menstruacyjnego:      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

b. Data potwierdzająca ciążę:      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

c. Prognozowana data porodu:      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

d. Dokładny stan medyczny w trakcie ciąży:

\_\_\_\_\_

15. Czy konieczne było odwołanie podróży tylko w związku ze stanem medycznym opisanym w pytaniu 3a?      Tak  Nie

16. Kiedy doradzono pacjentowi, żeby odwołać podróż?      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

17. Jeśli daty w odpowiedzi 7 i 16 różnią się, proszę wyjaśnić:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Zaświadczenie Medyczne



18. Czy pacjent planował podróż wbrew wcześniejszym poradom lekarza?

Tak  Nie

Jeśli **TAK**, proszę podać szczegóły:

---

---

---

**Zaświadczam, że informacje zawarte w tym formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym**

Podpis lekarza:

Data:

\_\_/\_\_/\_\_

Imię lekarza:

Kwalifikacje:

Adres pocztowy:

Kod pocztowy:

Numer telefonu:

Numer faksu:

Numer telefonu komórkowego:

Email:

Pieczętka Kliniki: