

Dla usprawnienia procesu rozpatrywania roszczenia prosimy o wypełnienie wszystkich sekcji i zeskanowanie wszystkich niezbędnych dokumentów oraz przesłanie ich do nas pocztą elektroniczną lub pocztą tradycyjną.

**Dane osoby, która zgłasza roszczenie**

Imię i nazwisko: ..... Data urodzenia: .....

Adres e-mail ..... Numer telefonu: .....

Adres do korespondencji: .....

Numer certyfikatu ubezpieczenia: .....

Numer rezerwacji podróży: .....

Data wyjazdu: ..... Data powrotu: ..... Data utraty: .....

**TWÓJ NUMER KONTA (tylko do zwrotu kosztów)**

Bank odbiorcy: ..... Waluta rachunku: .....

Numer konta (IBAN): ..... BIC KOD: .....

**RODZAJ ŻĄDANIA ZWROTU**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pomoc medyczna lub stomatologiczna w nagłych wypadkach | <input type="checkbox"/> Opóźnienie w dostarczeniu bagażu        |
| <input type="checkbox"/> Koszty transportu i/lub pobytu w hotelu                | <input type="checkbox"/> Utrata, uszkodzenie lub kradzież bagażu |
| <input type="checkbox"/> Następstwa nieszczęśliwych wypadków                    | <input type="checkbox"/> Odpowiedzialność osób trzecich          |

**Prosimy o krótki opis charakteru roszczenia:**

*Prosimy o dodanie dodatkowego dokumentu, jeśli wymagane jest więcej miejsca*

Czy Centrum Pomocy zostało powiadomione o incydencie? TAK  NIE 

Jeśli TAK, prosimy o podanie numeru referencyjnego: .....

Czy policja lub właściwy organ zostały powiadomione w ciągu 24 godzin od zdarzenia? TAK  NIE 

Jeśli tak, podaj kto: ..... Miejsce: .....

Jeśli nie, prosimy o podanie przyczyny: .....

.....

## Czy posiadasz inną polisę ubezpieczeniową?

Ubezpieczenie podrózne? TAK  NIE

Ubezpieczenie konta bankowego/karty bankowej? TAK  NIE

Czy istnieje inne ubezpieczenie, które mogłoby pokryć tę stratę?

TAK  NIE

Jeśli odpowiedziałeś TAK na którąkolwiek z opcji po lewej stronie, podaj następujące szczegóły:

Nazwa firmy: .....

Numer polisy: .....

Czy posiadasz Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)? TAK  NIE

### Lista kontrolna wymaganej dokumentacji

Rodzaj żądania zwrotu pieniędzy	Dokumenty
Pomoc medyczna lub stomatologiczna w nagłych wypadkach	<input type="checkbox"/> Dokumentacja medyczna (raport medyczny, wyniki badań lekarskich, recepta lekarska itp.) <i>W zależności od złożoności roszczenia medycznego możemy wymagać od ubezpieczonego dostarczenia dodatkowych dokumentów medycznych.</i> <input type="checkbox"/> Dokument(y) płatności
Koszty transportu i/lub pobytu w hotelu	<input type="checkbox"/> Dokument(y) płatności <input type="checkbox"/> Kopia oryginalnego biletu podróznego <input type="checkbox"/> Potwierdzenie rezerwacji hotelu
Następstwa nieszczęśliwych wypadków	<input type="checkbox"/> Dokumentacja medyczna (raport medyczny, ekspertyza medyczna dotycząca zdolności do pracy itp.) <input type="checkbox"/> Akt zgonu* <input type="checkbox"/> Zaświadczenie spadkobiercy prawnego lub inny dokument potwierdzający pokrewieństwo* <i>* Tylko w przypadku śmierci ubezpieczonego</i>
Opóźnienie w dostarczeniu bagażu	<input type="checkbox"/> Raport o nieprawidłowościach nieruchomości (PIR) <input type="checkbox"/> Potwierdzenie od przewoźnika dotyczące daty i godziny zwrotu bagażu
Utrata, uszkodzenie lub kradzież bagażu	<input type="checkbox"/> Wykaz utraconych, zniszczonych lub uszkodzonych przedmiotów (ze wskazaniem ilości, wartości, roku nabycia i cech identyfikacyjnych) <input type="checkbox"/> Raport o nieprawidłowościach własności (wydany przez przewoźnika) <input type="checkbox"/> Potwierdzenie nieodwracalnej utraty bagażu (wydane przez przewoźnika) <input type="checkbox"/> Kopia rachunku przewoźnika / wniosku o roszczenie <input type="checkbox"/> Raport policyjny (utrata lub kradzież rzeczy osobistych)
Odpowiedzialność osób trzecich	<input type="checkbox"/> Roszczenie poszkodowanego wobec ubezpieczonego <input type="checkbox"/> Nakaz zapłaty przeciwko ubezpieczonemu <input type="checkbox"/> Dokumentacja sądowa związana z wypadkiem <input type="checkbox"/> Dokument(y) płatności

*W zależności od roszczenia możemy wymagać od wnioskodawcy dostarczenia dodatkowych dokumentów*

### Prosimy o uważne przeczytanie poniższego oświadczenia oraz podpisanie go i wpisanie daty:

Ja (Wnioskodawca) oświadczam, że wszystkie złożone oświadczenia i wszelkie inne uzupełniające oświadczenia stanowiące część niniejszego roszczenia są prawdziwe pod każdym względem i rozumiem, że fałszywe oświadczenie może unieważnić moje roszczenie i może skutkować wszczęciem postępowania karnego.

Ja (Wnioskodawca) upoważniam ubezpieczyciela lub jego agenta do uzyskania powiązanych informacji i dokumentów w odniesieniu do niniejszego roszczenia od wszelkich innych osób, posterunków policji, szpitali itp.

Data: ...../...../.....

Podpis wnioskodawcy .....