



więcej / niż standard

# Formularz

## zgłoszenia szkody z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

W celu szybkiego i sprawnego rozpatrzenia roszczenia prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na poniżej podany adres firmy świadczącej serwis likwidacji szkód i działającej w imieniu AXA TUIR S.A.

Adres do korespondencji:

**Inter Partner Assistance Polska S.A.**  
**ul. Chłodna 51**  
**00-867 Warszawa**  
**tel. +48 22 575 90 80**

Do formularza prosimy dołączyć:

w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu kosztów leczenia i/lub ratownictwa z powodu nagłego zachorowania:

1. polisę lub potwierdzenie dokonania rezerwacji podróży u touroperatora
2. dokumentację medyczną z przebytego leczenia (udzielenia pierwszej pomocy medycznej po zdarzeniu), zawierającą opis obrażeń ciała i diagnozę lekarską, a także wyniki badań oraz dokumentację medyczną z kontynuacji leczenia powypadkowego wraz z wynikami badań
3. zaświadczenie lekarza o zakończeniu leczenia
4. akt zgonu (jeżeli dotyczy)
5. protokół policji, jeżeli do wypadku doszło w wyniku wypadku komunikacyjnego
6. zeznania świadków
7. kserokopię dowodu tożsamości (dowód osobisty lub paszport)
8. kserokopię dowodu rejestracyjnego i prawa jazdy (jeżeli dotyczy)

### A. INFORMACJE OGÓLNE

#### 1. Nazwisko i imię osoby zgłaszającej

(lub opiekuna prawnego)

#### 2. Telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_

#### 3. Nazwisko i imię osoby ubezpieczonej

Adres

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

Kod pocztowy

\_\_\_\_\_

Ulica

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

Numer domu/lokalu

\_\_\_\_\_

Telefon

#### 4. Adres do korespondencji

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

Kod pocztowy

\_\_\_\_\_

Ulica

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

Numer domu/lokalu

#### 5. Adres e-mail

Czy wyraża Pan/Pani zgodę, aby korespondencja była wysyłana do Pana/Pani również drogą elektroniczną?

tak

nie

#### 6. Nr PESEL \_\_\_\_\_

#### 7. Numer rachunku bankowego Beneficjenta, na którego rzecz ma zostać wypłacone odszkodowanie

\_\_\_\_\_

8. Nazwa banku

9. Nazwisko i imię właściciela rachunku

10. Numer polisy/rezerwacji podróży

11. Data i miejsce wykupienia polisy  
(dotyczy polis indywidualnych)

12. Nazwa biura podróży – organizatora podróży (dotyczy polis grupowych w ramach umów z organizatorami turystycznymi)

## B. INFORMACJE DOTYCZĄCE PODRÓŻY

1. Czas podróży

od         do

## C. DANE DOTYCZĄCE WYPADKU

1. Data wypadku

godzina

2. Miejsce zdarzenia

3. Okoliczności wypadku.

*Prosimy o podanie szczegółowego opisu zdarzenia i okoliczności wypadku  
(jeśli uraz powstał w trakcie uprawiania sportu, prosimy podać dyscyplinę)*

4. Czy Ubezpieczony był pod wpływem środków odurzających?

tak

nie

5. Czy Ubezpieczony był pod wpływem alkoholu?

tak

nie

6. Czy Ubezpieczonemu wykonano badanie krwi?

tak

nie

## D. PONIŻSZĄ CZĘŚĆ PROSIMY WYPEŁNIĆ JEDYNIEM W PRZYPADKU, GDY URAZ POWSTAŁ W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

1. Rodzaj środka transportu, którym poruszał się Ubezpieczony (samochód, autobus, itp.)

2. Czy Ubezpieczony kierował pojazdem?

tak

nie

3. Jeśli tak, to czy Ubezpieczony posiadał wymagane prawo jazdy?

tak

nie

## E. PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ PONIŻSZEJ CZĘŚCI, JEŚLI ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA UDZIELONO W FORMULARZU ZGŁOSZENIA SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA AXA TUIR S.A.

*Prosimy o podanie jedynie numeru szkody.*

Nr szkody

1. Czy w wypadku uczestniczyły inne osoby?

tak

nie

2. Czy byli świadkowie wypadku?  tak  nie  
Jeśli na pytanie E.1 i/lub E.2 udzielono odpowiedzi twierdzących, prosimy o podanie danych personalnych osób uczestniczących w wypadku lub jego świadków:

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Czy na miejscu został sporządzony raport policyjny?  tak  nie  
Jeśli tak, prosimy podać adres odpowiedniej jednostki:

---

4. Prosimy podać dokładny charakter odniesionych obrażeń

---

---

---

---

5. Czy wypadek powstał wskutek?  
 wyczynowego uprawiania sportu  samobójstwa  wykonywania pracy fizycznej  
 uprawiania sportu (jeśli tak, to jakiej dyscypliny?)

innej przyczyny (jakiej?)

---

---

6. Czy wskutek choroby/leczenia Ubezpieczony był hospitalizowany?  tak  nie

od         do

Jeśli tak, prosimy o załączenie karty leczenia szpitalnego.

7. Czy Ubezpieczony był poddany leczeniu ambulatoryjnemu?  tak  nie  
Jeśli tak, prosimy podać adres gabinetu oraz imię i nazwisko lekarza udzielającego pomocy:

---

---

Data pierwszej porady medycznej

8. W przypadku gdy Ubezpieczony był leczony również przez innego lekarza lub w innej placówce medycznej, prosimy podać nazwisko i imię lekarza, adres gabinetu lub adres placówki.

---

---

