

ZGŁOSZENIE SZKODY Z UBEZPIECZENIA KOSZTÓW LECZENIA ORAZ KOSZTÓW RATOWNICTWA I TRANSPORTU W CZASIE PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ

Prosimy o dokładne wypełnienie poniższego formularza i dostarczenie drogą korespondencyjną bezpośrednio na adres CORIS Varsovie Sp. z o.o. lub za pośrednictwem biura podróży. Do formularza prosimy dołączyć:

1. polisę (nie dotyczy osób ubezpieczonych w ramach imprez zakupionych w biurach podróży),
2. oryginalne rachunki,
3. oryginalne dowody opłat,
4. dokumentację medyczną zawierającą diagnozę lekarską i/lub epikryzę.

Dodatkowo, w zależności od rodzaju szkody, prosimy dołączyć:

1. protokół policji z miejsca zdarzenia,
2. zeznania świadków,
3. akt zgonu,
4. inne dokumenty potwierdzające zgłaszane roszczenia.

Adres do korespondencji:

Biuro Szkód Ubezpieczeniowych i Assistance CORIS Varsovie Sp. z o.o.

ul. Piastów Śląskich 65, 01-494 Warszawa

Email: likwidacja@coris.pl

tel: +48 22 568-98-28

mobile: +48 519-116-345

fax: +48 22 864-55-23

DANE OSOBOWE UBEZPIECZONEGO

1. Nazwisko i imię:
2. Adres: (mięscowosc) (ulica) (telefon)
3. Adres do korespondencji:
4. Adres e-mail:
5. PESEL*: (zawod) (imiona rodziców)

DANE O POLISIE

6. Nr polisy:ważna od do
(dzień) (miesiąc) (rok) (dzień) (miesiąc) (rok)
7. Ubezpieczający / Biuro podróży:

INFORMACJE O SZKODZIE

8. Wyjazd z Polski:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
lub Powrót do Polski:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
9. Wyjazd z miejsca zamieszkania:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
10. Powrót do miejsca zamieszkania:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
11. Zdarzenie:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina) (miejscowosc) (kraj)
12. Przyjęcie Ubezpieczonego do leczenia:
(dzień) (miesiąc) (rok) (godzina)
13. Czy sprawa została zgłoszona do Centrum Pomocy? **Tak** – nr sprawy **Nie**
14. Szczegółowy opis zachorowania / wypadku, włącznie z charakterem obrażeń ciała:

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że powyższe informacje zostały przeze mnie udzielone zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.
2. Zwalniam lekarzy leczących mnie z dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU EUROPA SA dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
3. Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom TU EUROPA SA dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

FORMA WYPŁATY ODSZKODOWANIA

Należne odszkodowanie należy przekazać na złotowe konto bankowe nr:

Nazwa i nr oddziału banku:

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego:

.....
*Data i podpis Ubezpieczającego/
/pracownika biura podróży

.....
Data i podpis Ubezpieczonego