



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 podróżnego
- 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) 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 assistancie          | <input type="checkbox"/> Gotówki wypłaconej z bankomatu   |
| <input type="checkbox"/> Następstw nieszczęśliwych wypadków             | <input type="checkbox"/> Mienia ruchomego pozostawionego w miejscu zamieszkania podczas wyjazdu za granicę        |
| <input type="checkbox"/> Bagażu podróżnego                              | <input type="checkbox"/> Sprzętu sportowego   |
| <input type="checkbox"/> Opóźnienia bagażu podróżnego / opóźnienia lotu | <input type="checkbox"/> Zwrotu za koszty leczenia / koszty rehabilitacji / pobyt w szpitalu na terenie RP        |
| <input type="checkbox"/> Odpowiedzialności cywilnej                     | <input type="checkbox"/> Zwrotu za niewykorzystany karnet, wypożyczenie sprzętu narciarskiego / snowboardingowego |
| <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](mailto:likwidacja-turystyka@isoncare.eu)