

FORMULARZ ZGLOSZENIA SZKODY / UBEZPIECZENIA PODRÓŻY

Formularz Zgłoszenia szkody wysłać do:
TMP-access AB, Solid Skadeavdelning, Sveavägen 159, 113 46 Stockholm, Szwecja
Telefon: 042-450 33 45

Uwaga! Formularz musi być podpisany na str. 2

I. Wypełnić przy wszystkich typach zdarzeń:

Numer ubezpieczenia/numer rezerwacji:		
Imię i nazwisko:		Pesel:
Adres:		Telefon:
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Komórka:
E-mail:		
Jeśli szkoda dotyczy podróży samochodem, podaj numer rejestracji:		

2. Rachunek bankowy przy wypłacie odszkodowania:

Właściciel rachunku:	Bank:
Kliring numer:	Numer rachunku bankowego:

3. Podróż dotyczy:

<input type="checkbox"/> Podróż służbowa	Przedsiębiorstwo:	
<input type="checkbox"/> Podróż prywatna	Organizator podróży:	
Wyjazd:	Przyjazd:	Miejsce docelowe:

4. Dane osób wspólnie ubezpieczonych:

Nazwisko:	Imię:	Pesel:
Nazwisko:	Imię:	Pesel:
Nazwisko:	Imię:	Pesel:
Nazwisko:	Imię:	Pesel:

5. Inne ubezpieczenia:

Czy posiada ubezpieczenie mieszkania/domu?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Nazwa ubezpieczalni:
Inne ważne ubezpieczenie?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Nazwa ubezpieczalni:
Czy opłaciłeś swoją podróż kartą kredytową?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Jeśli tak, podaj nazwę karty: Bank: Numer karty:
Czy zgłosiłeś wypadek do którejś z ubezpieczalni?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Numer sprawy:

6. Ryzyko własne:

Ryzyko własne dotyczy: <input type="checkbox"/> ubezpieczenie mieszkania <input type="checkbox"/> ubezpieczenie <input type="checkbox"/> wynajętego samochodu			
Ryzyko własne kr:	Towarzystwo ubezpieczeń:	Numer polisy:	Data wypadku:
Okoliczności i miejsce wypadku:			

7. Czy kiedy doszło do wypadku/choroby/stwierdzono utratę własności?

Data:

8. Opisz przebieg wypadku/choroby w szczególności (można załączyć osobne sprawozdanie):

<hr/> <hr/>

9. Wypelnic w razie choroby/wypadku/urazu:

Data zgłoszenia się do leczenia:		
Pobył w szpitalu? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	Od:	Do:
Czy nadal się leczysz? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak		
Czy już wcześniej miałeś taką samą lub podobną chorobę/uraz? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Kiedy:		

10. Wypelnic w razie kradzieży/utrąty własności:

Komu zgłoszono kradzież/utrąte własności? <input type="checkbox"/> Policja <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo transportowe
Wymagane dokumenty w oryginale. <input type="checkbox"/> Inna placówka:
Gdzie przechowywano przedmioty w chwili kradzieży? <input type="checkbox"/> Samochód <input type="checkbox"/> Mieszkanie <input type="checkbox"/> Pociąg <input type="checkbox"/> Samolot <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Walizka <input type="checkbox"/> Torebka <input type="checkbox"/> Inne:
Czy miejsce przechowania było zamknięte? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Czy były ślady włamania? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak Jakież?:

11. Okoliczności wypadku:

Opisz przebieg wypadku:

12. Wypelnic w razie opóźnionej podróży/opóźnionego bagażu:

Kiedy powinieneś dotrzeć do miejsca docelowego?	Kiedy dotarłeś?
Kiedy bagaż miał dotrzeć do miejsca docelowego?	Kiedy dotarł bagaż?

13. Zadanie odszkodowania:

Podaj koszt leczenia szpitalnego W przypadku własności, podaj przedmiot, fabrykat i model	W przypadku własności podaj			Zadanie odszkodowania
	Rok zakupu	Cena zakupu	Obecna cena	

13. Podpis i upoważnienie:

Oświadczam, że podane przeze mnie dane w niniejszym formularzu zgłoszenia roszczenia odpowiadają prawdzie. Upowazniam także lekarzy, szpital, przychodnię zdrowia, ubezpieczalnie (włącznie z kasą ubezpieczenia) do udzielenia Solid Försäkringar informacji o moim stanie zdrowia istotnych do rozpatrzenia roszczenia. Upowazniam Solid Försäkringar do rozporządzania ewentualnymi biletami w sprawie.		
Data:	Podpis:	Podpis opiekuna, gdy zgłoszenie dotyczy niepełnoletniego dziecka.