

WNIOSEK O REFUNDACJĘ KOSZTÓW LECZENIA ZA GRANICĄ

Działając w imieniu i na rzecz Banku BGŻ BNP Paribas S.A. uprzejmie informujemy, że przyjęliśmy zgłoszenie szkody z ubezpieczenia turystycznego. Przedmiotowa sprawa prowadzona jest pod nr

DANE POSZKODOWANEGO

Nazwisko:	Imię:	
Data urodzenia: ____/____/____		
Adres: ul:	Kod:	Miasto:
Telefon kontaktowy:	Adres e-mail:	
Numer karty:	Okres ubezpieczenia:	
	Typ karty:	
Czy przed wyjazdem za granicę leczył/a się Pan/ Pani z powodu jakichkolwiek dolegliwości? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Jeśli TAK proszę podać szczegóły:		

DANE INNEGO UBEZPIECZENIA

Czy posiada Pan/ Pani inne ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą ważne w dniu zaistnienia szkody? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak, proszę podać nazwę ubezpieczyciela, numer i okres obowiązywania polisy.
Czy ubiega się Pan/ Pani lub uzyskał/a Pan/ Pani zwrot kosztów leczenia za granicą z innego ubezpieczenia? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli tak, proszę podać nazwę ubezpieczyciela.

SZCZEGÓŁY PODRÓŻY

Miejsce docelowe (kraj):	Planowana data powrotu do Polski:
	Środek transportu:
Data wyjazdu z Polski (ostatniego przed wypadkiem, zachorowaniem):	Rzeczywista data powrotu do Polski:
Środek transportu:	Środek transportu:
Prosimy o przesłanie biletu (samolot, pociąg, autokar) lub jakiegokolwiek innego dokumentu potwierdzającego datę przekroczenia granicy. W przypadku podróży samochodem (wyjazd i powrót, planowany i rzeczywisty) prosimy o informację czy poszkodowany był pasażerem czy kierowcą.	

OKOLICZNOŚCI POWSTANIA SZKODY

Data szkody:	Miejsce szkody (kraj, miasto):
Szczegółowy opis objawów zachorowania lub okoliczności wypadku:	
Czy poszkodowany był trzeźwy w momencie wypadku?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Czy w szkodzie brały udział osoby trzecie?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jeśli TAK, proszę podać imię i nazwisko, adres, oraz inne posiadane dane.	
Czy zgłosił/a Pan/ Pani szkodę do Centrum Pomocy Europ Assistance?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

PROSZĘ ODESŁAĆ DO:

EUROP ASSISTANCE POLSKA SP. Z O. O. – DZIAŁ LIKWIDACJI SZKÓD – ULICA WOŁOSKA 5 02-675 WARSZAWA