

# Zgłoszenie szkody z ubezpieczenia kosztów leczenia, transportu, uśpienia i śmierci zwierzęcia

## Zgłoszenie dotyczy roszczenia z tytułu:

### 1. Ubezpieczenia kosztów m.in

kosztów leczenia weterynaryjnego Zwierzęcia  kosztów transportu Zwierzęcia  kosztów uśpienia Zwierzęcia  świadczenie z tytułu śmierci Zwierzęcia

### 2. Ubezpieczenia OC

OC za szkody spowodowane przez Zwierzę

Prosimy o dokładne wypełnienie formularza drukowanymi literami i wysłanie pocztą na adres Centrum Pomocy.

## Do formularza dołącza:

1. dokumentację medyczną zawierającą przebieg leczenia oraz diagnozę postawioną przez lekarza weterynarii,

2. oryginały rachunków oraz dowodów opłat,

3. inne dokumenty ( należy podać jakie)

## Adres do korespondencji:

Adres do korespondencji:  
APRIL Polska Assistance Sp. z o.o.  
ul. Sienna 73; 00-833 Warszawa

email: likwidacja-turystyka@pl.april.com  
tel.: 22 568 98 28  
faks: 22 864 55 23

## Dane osoby zgłaszającej roszczenie:

Imię

Nazwisko

Adres:

Ulica, nr domu i mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Adres do korespondencji:

Ulica, nr domu i mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Dane właściciela:

Imię

Nazwisko

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

## Dane Poszkodowanego (w przypadku ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej):

Imię Poszkodowanego:

Nazwisko Poszkodowanego

Adres:

Ulica, nr domu i mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Adres do korespondencji:

Ulica, nr domu i mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

## Dane zwierzęcia:

Imię zwierzęcia				Rasa zwierzęcia						
Data urodzenia zwierzęcia	RRRR-MM-DD	Numer identyfikacyjny zwierzęcia			Chip / tatuaż / rodowód			Gatunek zwierzęcia		

## Certyfikat:

Numer

## Okres odpowiedzialności:

Od dnia RRRR-MM-DD Do dnia RRRR-MM-DD

## Informacje o Szkodzie:

Data wypadku / zachorowania RRRR-MM-DD GG:MM Data wizyty RRRR-MM-DD GG:MM

Czy sprawa została zgłoszona w Centrali Pomocy?  TAK  NIE

Numer zgłoszenia:

Szczegółowy opis okoliczności zachorowania / przyczyna wypadku, włącznie z charakterem obrażeń

  
  

## Forma wypłaty odszkodowania:

Należne odszkodowanie należy przekazać (proszę zaznaczyć „X”):

przelewem na złotówkowy rachunek bankowy numer:

Nazwa i numer oddziału banku

Nazwisko i imię właściciela konta bankowego

przekazem pocztowym na adres:

Ulica, nr domu i mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

## Oświadczenia:

Niniejszym wyrażam zgodę, na podstawie art. 23 ust. 1 pkt. 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. 2014 r. Nr 1182, ze zm.), na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu moich danych osobowych w każdy sposób konieczny do rozpatrzenia roszczenia i jego realizacji na zasadach określonych w Warunkach ubezpieczenia.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym, że:

- administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Gwiaździsta 62,
- odbiorcą danych, znanym administratorowi danych na dzień udzielenia informacji jest Ubezpieczający,
- dane będą przetwarzane dla celów realizacji praw i obowiązków wynikających z WU,
- moje dane osobowe przetwarzane będą w związku z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową i realizacją ubezpieczenia na podstawie zawartej Umowy,
- przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,
- podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do rozpatrzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. roszczenia na zasadach określonych w WU,

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- otrzymywanie korespondencji w formie elektronicznej na podany w zgłoszeniu adres e-mail;
- otrzymywanie informacji o zgłoszonym roszczeniu drogą SMS na podany w zgłoszeniu numer telefonu.

(zaznaczyć krzyżykiem w przypadku wyrażenia zgody)

Miejscowość  Data RRRR-MM-DD  Podpis osoby zgłaszającej roszczenie