

## Zgłoszenie Roszczenia - Zwrot Kosztów Leczenia

### Wypełnia osoba ubezpieczona

1. Nazwa Biura Podróży / Operator:

2. Nr certyfikatu / polisy:

3. Imię i nazwisko Osoby  
Poszkodowanej:

4. Data urodzenia Osoby  
Poszkodowanej:

5. Adres korespondencyjny:

6. Nr kontaktowy:

adres email

7. Okres podróży:

Od:

Do:

8. Data i miejsce wypadku /  
zachorowania:

9. Opis zdarzenia, zachorowania, doznanych obrażeń oraz nazwiska ewentualnych świadków:

---

---

---

---

---

10. Lista wydatków poniesionych w związku z leczeniem:

Opis poniesionych kosztów	Data badania/ zakupu leków	Kwota i waluta
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

11. Czy kontaktował/a się Pan/i z Centrum Pomocy Chubb?

Tak

Nie

12. Czy w związku z wypadkiem zostały sporządzone raporty policyjne?

Tak  Nie

13. Dyspozycja wypłaty:

Przyznane świadczenie proszę przekazać:

Na rachunek bankowy nr: \_\_\_\_\_

Nazwa banku: \_\_\_\_\_

Właściciel rachunku: \_\_\_\_\_

14. Dokumentacja roszczeniowa:

Do niniejszego wniosku prosimy o załączenie następującej dokumentacji:

- oryginałów rachunków za poniesione koszty leczenia
- zaświadczenie lekarskie zawierające diagnozę medyczną

## 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 Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce oraz Agentowi Chubb ds. Roszczeń Firmie APRIL Polska Sp. z o.o. z siedzibą 00-833 Warszawa, ul. Sienna 73, dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.
3. Zwalniam publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej z obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce oraz Agentowi Chubb ds. Roszczeń Firmie APRIL Polska Sp. z o.o. z siedzibą 00-833 Warszawa, ul. Sienna 73, dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

Wykorzystujemy Państwa dane osobowe przekazane nam na potrzeby wystawienia polisy, zarządzania polisą, obsługi roszczeń oraz do innych celów związanych z ubezpieczeniem, opisanych szczegółowo w naszej Ramowej Polityce Prywatności dostępnej tutaj: <https://www2.chubb.com/pl-pl/footer/privacy-policy.aspx> Wersję papierową naszej Polityki Prywatności można uzyskać w dowolnym momencie, pisząc na adres: [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com)

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

**Wypełniony formularz wraz z załączonymi dokumentami należy wysłać na adres Agenta Chubb ds. Roszczeń: APRIL Polska Sp. z o.o. ul. Sienna 73, 00-833 Warszawa, , tel.: +48 22 568 98 22 lub email: [assistance@pl.april.com](mailto:assistance@pl.april.com)**

\*niepotrzebne skreślić

Chubb European Group SE Spółka Europejska Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Królewska 16 00-103 Warszawa, wpisany do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000233686, NIP 1080001001, REGON 140121695, notyfikowany Komisji Nadzoru Finansowego. Chubb European Group SE jest zakładem ubezpieczeń podlegającym przepisom francuskiego kodeksu ubezpieczeń, zarejestrowanym w Rejestrze Działalności Gospodarczej i Rejestrze Spółek (Registres du Commerce et des Sociétés – RCS) w Nanterre pod numerem 450 327 374, z siedzibą we Francji, adres: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francja. Chubb European Group SE posiada kapitał zakładowy w wysokości 896 176 662 EUR, opłacony w całości.