

# Formularz zgłoszenia szkody

## Koszty leczenia

W celu umożliwienia nam szybkiego i właściwego rozpatrzenia roszczenia prosimy o dokładne i szczegółowe wypełnienie poniższego formularza

Wszelkie dokumenty prosimy przesyłać na adres:

Europäische Reiseversicherung AG  
Oddział w Polsce  
ul. Chmielna 101/102  
80-748 Gdańsk  
Tel. +48 58 324 88 50  
Fax. +48 58 324 88 51

### A Informacje ogólne

#### Dane osoby ubezpieczonej

Imię, drugie imię, nazwisko

Nazwisko rodowe

Obywatelstwo

Adres zameldowania jak w dokumencie tożsamości (ulica, numer domu, numer mieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość, kraj

numer PESEL (w przypadku obcokrajowców data urodzenia)

#### Legitymująca/y się dowodem tożsamości

Nazwa dokumentu tożsamości

Seria i numer

Organ wydający

Kraj wydania

Adres zamieszkania wskazany przez klienta (ulica, numer domu, numer mieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość, kraj

Adres korespondencyjny wskazany przez klienta (ulica, numer domu, numer mieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość, kraj

Numer telefonu kontaktowego

Adres e-mail

26.cyfrowy numer rachunku bankowego beneficjenta, na rzecz którego ma zostać wypłacone odszkodowanie

Nazwa i dokładny adres banku

Nazwisko i imię właściciela rachunku

Data i miejsce rezerwacji podróży

dzień

miesiąc

rok

miejsce

Data i miejsce wykupienia polisy

dzień

miesiąc

rok

miejsce

Nazwa organizatora podróży

Numer polisy

Numer rezerwacji

Początek podróży

dzień

miesiąc

rok

godzina

Zakończenie podróży

dzień

miesiąc

rok

godzina

Kraj i miasto pobytu za granicą w momencie zachorowania/wypadku

Numer szkody - wypełnia ERV

B Dane dotyczące szkody



Data zachorowania/  
zajścia wypadku

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok			

1. Charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą.

Prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, rodzaju urazu wraz z okolicznościami jego powstania

1.1 Od kiedy poszkodowany cierpiął na tę dolegliwość, kiedy doszło do powstania urazu?

1.2 Data pierwszej wizyty u lekarza

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok			

1.3 Czy choroba występowała w przeszłości?

tak  nie

1.4 Prosimy podać nazwę i adres zakładu opieki zdrowotnej, do którego należał poszkodowany lub w którym był leczony w okresie ostatnich 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia.

1.5 Czy do zachorowania/wypadku doszło wskutek:

przestępstwa  samobójstwa  wypadku komunikacyjnego

uprawiania sportu - jakiej dyscypliny?

wykonywania pracy fizycznej - jakiej?

inne - wskutek czego?

1.6 Czy ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających  tak  nie

1.7 Czy wykonano badanie krwi  tak  nie

2. Czy wskutek wypadku/choroby ubezpieczony był hospitalizowany?

tak  nie

Jeśli tak, to prosimy załączyć kartę leczenia szpitalnego.

Daty hospitalizacji:

Od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	do	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	dzień		miesiąc		rok	dzień		miesiąc		rok

2.1 W jaki sposób poszkodowany powrócił do kraju zamieszkania?

planowanym środkiem transportu  karetką  samolotem

ambulansem lotniczym  innym - jakim?

Czy Centrum Pomocy zostało zawiadomione o zdarzeniu?  tak  nie

Jeśli nie, to z jakiego powodu?

### 3. Prosimy podać dokładny spis poniesionych kosztów

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie oryginałów rachunków z tytułu poniesionych kosztów (w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce).

Opis rachunku (np. leki, porada medyczna)	Data wystawienia rachunku	Kwota i waluta	Opłacono	
			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
			<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

Zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia, odszkodowanie lub świadczenie wypłacone jest na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w walucie polskiej, za wyjątkiem kosztów zwracanych bezpośrednio za granicę wystawcom rachunków.

Jeśli wysokość roszczenia została określona na podstawie rachunków wystawionych w walucie zagranicznej, a odszkodowanie ma zostać wypłacone w walucie polskiej, przelicza się je na walutę polską według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu ustalenia odszkodowania.

4. Czy poszkodowany otrzymał już zwrot jakichkolwiek kosztów z innego źródła?  tak  nie

4.1 Jeśli tak, prosimy podać nazwę:

4.2 Prosimy podać wysokość otrzymanego zwrotu  PLN

4.3 Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot jakichkolwiek kosztów?  tak  nie

4.4 Jeśli tak, to do kogo?

Nazwa i adres

## D Dane dotyczące innego ubezpieczyciela

1. Czy poszkodowany posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia?  tak  nie

Jeśli tak, prosimy podać nazwę ubezpieczyciela i numer polisy

2. Czy poszkodowany posiada kartę bankową oferującą ubezpieczenie kosztów leczenia?  tak  nie

Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, numer karty i nazwę ubezpieczyciela

3. Czy poszkodowany jest objęty prywatnym/dodatковым ubezpieczeniem zdrowotnym?  tak  nie

Jeśli tak, prosimy podać adres, nazwę firmy oraz numer ubezpieczenia lub członkostwa

Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z siedzibą w Gdańsku, ul. Chmielna 101/102, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gdańsku VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000214412, NIP 2040000303, Regon 193072350, kapitał zakładowy 52 000 000 EUR, w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) jest administratorem danych osobowych i przetwarza te dane w celu realizacji umowy ubezpieczenia, że mam prawo dostępu do treści moich danych i ich poprawiania oraz, że ich podanie jest dobrowolne.

Niniejszym zwalням lekarzy, a także placówki medyczne, w których leczyłam/leczyłem i lecę się, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnienie ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej (historii choroby)

Data

Imię i nazwisko oraz podpis ubezpieczonego lub pełnomocnika

Niniejszym potwierdzam, iż podane wyżej informacje są zgodne z prawdą i zdaję sobie sprawę, iż poświadczenie nieprawdy lub podanie fałszywych informacji jest przestępstwem i może powodować odmowę wypłaty odszkodowania oraz pociągnięcie mnie do odpowiedzialności karnej

Data

Imię i nazwisko oraz podpis zgłaszającego szkodę

## Lista niezbędnych dokumentów

Poniżej zamieszczamy listę dokumentów, jakie należy przedłożyć wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody. W przypadku zgłaszania szkody z tytułu kosztów leczenia z powodu:

- nagłego zachorowania należy przedłożyć:
  - potwierdzenie wykupienia ubezpieczenia/potwierdzenie dokonania rezerwacji podróży,
  - oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów,
  - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny oraz zakres udzielonej pomocy medycznej.
  
- nieszczęśliwego wypadku należy przedłożyć:
  - potwierdzenie wykupienia ubezpieczenia/potwierdzenie dokonania rezerwacji podróży,
  - oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów,
  - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny oraz zakres udzielonej pomocy medycznej,
  - opis okoliczności wypadku,
  - jeżeli uraz powstał wskutek wypadku komunikacyjnego, prosimy załączyć notatkę policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawcy.

**Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.**