

# Formularz zgłoszenia szkody

## Koszty Leczenia

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

### A Informacje ogólne

Dane osoby wypełniającej formularz

Nazwisko i imię

Ulica/numer domu/numer mieszkania

Kod pocztowy/miejscowość/kraj

Data urodzenia

Numer telefonu komórkowego

Numer telefonu domowego

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

Nazwa banku

Nazwisko i imię właściciela rachunku

Numer polisy/rezerwacji podróży:

Data i miejsce wykupienia polisy:

Nazwa biura podróży:

Wszelkie dokumenty prosimy przelać na adres:  
Europäische Reiseversicherung AG  
ul. Chmielna 101/102  
80-748 Gdańsk  
Tel. +48 58 324 88 50  
Fax. +48 58 324 88 51

Numer szkody - wypełnia ERV

Wszelkie dane są przechowywane przez Europäische Reiseversicherung AG, zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ.U 133 p. 883).

### B Szczegóły dotyczące podróży

Planowany czas podróży:

Data od

do

Początek podróży:

Data

godzina

Zakończenie podróży:

Data

godzina

Adres w trakcie pobytu za granicą w momencie zachorowania/wypadku

Forma podróży:  Samolot  Pociąg  Autobus  Samochód  Inny

### C Dane dotyczące szkody

1. Data zachorowania/zajścia wypadku

1.1. Dane osoby poszkodowanej

Nazwisko i imię

Data urodzenia

#### 2. Część 2.1. do 2.3. prosimy wypełnić jedynie w przypadku zgłoszenia szkody z powodu nagłego zachorowania

2.1. Charakter zachorowania wraz z diagnozą (prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, w przypadku śmierci prosimy załączyć akt zgonu).

2.2. Od kiedy ubezpieczony cierpiał na te dolegliwości i kiedy miała miejsce pierwsza porada medyczna w tej sprawie?

.....

.....

.....

.....

2.3. Czy choroba występowała w przeszłości?  tak  nie

Jeśli tak prosimy podać datę:

.....

oraz nazwisko i imię lekarza, pod którego opieką pozostawał ubezpieczony w okresie ostatnich 24 miesięcy poprzedzających datę rozpoczęcia podróży. Prosimy podać dokładny adres gabinetu, okres leczenia oraz diagnozy zachorowań (w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce).

.....

.....

.....

.....

**3. Część 3.1. do 3.6. prosimy wypełnić jedynie w przypadku zgłoszenia szkody z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku.**

3.1. Jaka była przyczyna wypadku? Prosimy podać dokładny opis okoliczności wypadku.

.....

.....

.....

.....

3.2. Czy w wypadku uczestniczyły inne osoby?  tak  nie

3.3. Czy byli świadkowie wypadku?  tak  nie

Jeśli na pytanie 3.2. i/lub 3.3. podano odpowiedź tak, prosimy o podanie danych personalnych osób uczestniczących w wypadku lub jego świadków.

.....

.....

.....

.....

3.4. Czy na miejscu wypadku został sporządzony raport policyjny?  tak  nie

Jeśli tak, prosimy podać adres odpowiedniej jednostki.

.....

.....

3.5. Prosimy podać dokładny charakter odniesionych obrażeń.

.....

.....

.....

.....

3.6. Czy wypadek powstał wskutek:

- przestępstwa  samobójstwa  wykonywania pracy fizycznej
- wyczynowego uprawiania sportu
- uprawiania sportu, jeśli tak to jakiej dyscypliny
- inne, jeśli tak to wskutek czego?

4. Czy wskutek wypadku/choroby ubezpieczony był hospitalizowany  tak  nie

od  do

Jeśli tak, prosimy załączyć kartę leczenia szpitalnego.

W jaki sposób poszkodowany powrócił do kraju?  planowym środkiem transportu  karetką

samolotem  ambulansem lotniczym  innym

Czy Centrum Pomocy zostało zawiadomione o zdarzeniu?  tak  nie

Jeśli nie, to z jakiego powodu?

5. 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	
			tak	nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia, odszkodowanie lub świadczenie wypłaca się 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**

6. Czy poszkodowany otrzymał już zwrot jakichkolwiek kosztów z innego źródła?

tak  nie

6.1. Jeśli tak prosimy podać nazwę:

6.2. Prosimy podać wysokość otrzymanego zwrotu. PLN

6.3. Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot jakichkolwiek kosztów?  tak  nie

6.4. 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 adres, nazwę firmy oraz numer polisy.

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

tak  nie

Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, adres oraz numer karty:

.....  
.....

3. Czy poszkodowany jest objęty prywatnym/dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym?

tak  nie

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

.....  
.....

**Niniejszym zwalniam lekarzy z zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnianie lekarzom działającym w imieniu ubezpieczyciela historii mojego leczenia.**

.....

Podpis poszkodowanego lub pełnomocnika

.....

Data

**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.**

.....

Podpis zgłaszającego szkodę

.....

Data

## Lista niezbędnych dokumentów.

Poniżej zamieszczamy listę dokumentów jakie należy przedłożyć wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody. Prosimy zapoznać się z listą dokumentów odpowiednią do ryzyka, z którego zgłaszają Państwo szkodę.

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 kopię raportu policyjnego.



Assistance



Repatriacja



Bagaż



Koszty rezygnacji