

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
z siedzibą w Monachium
Oddział w Polsce
ul. Chmielna 101/102
80-748 Gdańsk
Tel. +48 58 324 88 50

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

Zgadzam się na przesyłanie korespondencji, dotyczącej przedmiotowej szkody, drogą elektroniczną. tak nie

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

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.

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

C 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 z siedzibą w Monachium działająca przez Oddział w Polsce, ul. Chmielna 101/102, 80-748 Gdańsk, 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, jest administratorem danych osobowych w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) i przetwarza te dane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt b) RODO tj. ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy, w celu właściwego rozpatrzenia roszczenia z tytułu realizacji umowy ubezpieczenia.

Nie przewiduje się ujawnienia danych osobowych z wyjątkiem:

- osoby, której dane dotyczą
- osoby upoważnionej do przetwarzania danych,
- przedstawiciela administratora,
- podmiotu przetwarzającego na zlecenie,
- organów państwowych lub organów samorządu terytorialnego, którym dane są udostępniane w związku z prowadzonym postępowaniem.

Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do właściwego rozpatrzenia roszczenia z tytułu realizacji umowy ubezpieczenia oraz przez okres przedawnienia wzajemnych roszczeń pomiędzy Stronami. Osoba, której dane osobowe dotyczą, ma prawo do żądania od administratora dostępu do tych danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Osoba, której dane osobowe dotyczą, ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych osobowych w niniejszym formularzu jest dobrowolne, ale jest konieczne do rozpatrzenia roszczenia z tytułu realizacji umowy ubezpieczenia. Odmowa podania danych osobowych będzie skutkować brakiem możliwości rozpatrzenia roszczenia z tytułu realizacji umowy ubezpieczenia.

Dane osobowe nie będą wykorzystywane przez administratora w celach zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych przez administratora prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: iod@erv.pl.

Niniejszym zwalniam lekarzy, placówki medyczne oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, w których leczyłam/leczyłem/leczę się/kozystam ze świadczeń, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnienie ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej (historii choroby)/wykazu udzielonych mi świadczeń.

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:

- naglego 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.