

# Formularz zgłoszenia szkody

## Koszty rezygnacji z podróży

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  
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 dokumentu

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

Numer szkody - wypełnia ERV

Dane dotyczące wszystkich osób, które anulowały podróż - w razie potrzeby prosimy kontynuować na odrębnej kartce

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko i imię	Numer PESEL lub data urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko i imię	Numer PESEL lub data urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko i imię	Numer PESEL lub data urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko i imię	Numer PESEL lub data urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko i imię	Numer PESEL lub data urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### B Szczegóły dotyczące podróży

Środek transportu  samolot  pociąg  autobus  samochód  inny

Kraj docelowy  Data rozpoczęcia podróży  Data zakończenia podróży

#### C Dane dotyczące szkody

##### 1. Powód rezygnacji

a) medyczny  nagłe zachorowanie  niebezpieczny wypadek  śmierć

b) szkoda w mieniu  w wyniku przestępstwa - jakiego?   
 w wyniku zdarzenia losowego - jakiego?

c) inny  utrata pracy  rozpoczęcie pracy  inny, jaki?

##### 2. Czy zdarzenie powstało wskutek:

przestępstwa  samobójstwa  wypadku komunikacyjnego

uprawiania sportu - jakiej dyscypliny?

wykonywania pracy fizycznej - jakiej?

inne - wskutek czego?

Charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą. Prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, rodzaj urazu wraz z okolicznościami jego powstania.

3. 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.

##### 4. Dane osoby, z powodu której nastąpiła rezygnacja z podróży

Nazwisko i imię

Czy jest to współuczestnik wycieczki?  tak  nie

Jeśli nie jest to współuczestnik wycieczki, to prosimy napisać, jaki stopień pokrewieństwa łączy tę osobę z uczestnikami wycieczki. Prosimy dołączyć dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa.

#### 5. Data zdarzenia skutkującego rezygnacją z podróży

Data zajścia zdarzenia

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

Data zgłoszenia rezygnacji organizatorowi

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

Opłaty związane z rezygnacją

<input type="text"/>	<input type="text"/>
kwota	waluta

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 rezygnacji z podróży?  tak  nie  
Jeśli tak, prosimy podać nazwę ubezpieczyciela i numer polisy

2. Czy poszkodowany posiada kartę bankową oferującą ubezpieczenie kosztów rezygnacji z podróży?  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 poświadczanie 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

W przypadku zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów rezygnacji z podróży wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia należy przedłożyć **umowę z organizatorem podróży i dokument potwierdzający wysokość poniesionych kosztów rezygnacji** oraz następujące dokumenty:

Nagle zachorowanie:

- wypełniony przez lekarza formularz medyczny
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy zachorowanie dotyczy osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki

Nieszczęśliwy wypadek:

- wypełniony przez lekarza formularz medyczny
- dokładny 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.
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy uraz dotyczy osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki

Zgon:

- kopię aktu zgonu
- w przypadku zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku prosimy podać okoliczności wypadku
- kartę zgonu lub inny dokument potwierdzający jego przyczynę
- jeżeli zgon był skutkiem wypadku komunikacyjnego, prosimy załączyć notatkę policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawcy
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa - gdy zmarły nie był uczestnikiem wycieczki

Szkoda w mieniu:

- notatka policji o zdarzeniu
- inny dokument wystawiony przez właściwe służby potwierdzający wystąpienia zdarzenia (np. notatka straży pożarnej lub IMiGW)
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy szkoda dotyczy osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki

Wyznaczenia daty rozpoczęcia pracy:

- zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie bezrobotnego
- umowa o pracę

Zwolnienie z pracy:

- wypowiedzenie umowy o pracę
- umowa o pracę
- świadectwo pracy - gdy umowa o pracę uległa rozwiązaniu

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



You travel. We care.

# Formularz Medyczny

## Koszty rezygnacji z podróży

Szanowna Pani Doktor / Szanowny Panie Doktorze!

Otrzymałmy zgłoszenie szkody z tytułu Ubezpieczenia Kosztów Rezygnacji z Podróży. Zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia, nasz Ubezpieczony jest zobowiązany do zwolnienia lekarzy prowadzących leczenie z zachowania tajemnicy lekarskiej.

Z góry bardzo dziękujemy za okazaną pomoc.

Z wyrazami szacunku,

Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce

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

### 1. Dane pacjenta

Nazwisko i imię

Ulica, numer domu, numer mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość, kraj

numer PESEL

### 2. Diagnoza zachorowania

Kod ICD-10

### 3. Data zachorowania/wypadku

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

### 4. Data pierwszej porady w sprawie zachorowania/wypadku

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

5. Czy odwołanie podróży było konieczne z medycznego punktu widzenia?  tak  nie

6. Czy pacjent był leczony z powodu powyższego zachorowania w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę rezerwacji podróży?  tak  nie

Jeśli tak, to prosimy podać wszystkie daty porad w tej sprawie:

7. Jeżeli diagnozą zachorowania jest zawał serca lub udar mózgu - prosimy napisać czy pacjent był leczony z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (w tym nadciśnienie tętnicze lub choroba wieńcowa) lub cukrzycy w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę rezerwacji podróży. Jakże to choroby i od kiedy są leczone:

8. Czy w momencie dokonywania rezerwacji podróży istniały jakiegokolwiek przeciwwskazania medyczne do jej odbycia?  tak  nie

Jeśli tak, to jakie:

### 9. Data poinformowania pacjenta o konieczności odwołania podróży

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

Numer szkody - wypełnia ERV

Europäische Reiseversicherung AG z siedziby 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 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 f) RODO, ponieważ przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora, tj. w celu likwidacji szkody w związku z wykonaniem 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 będą przechowywane przez okres niezbędny do przeprowadzenia procesu likwidacji szkody oraz przez okres przedawnienia wzajemnych roszczeń pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia. 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, prawo do przenoszenia danych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

# RZ

10. Przeciwwskazania uniemożliwiające pacjentowi wyjazd

Imię i nazwisko lekarza

pieczętka i podpis

Niniejsze oświadczenie powinno być podpisane przez osobę, której stan zdrowia jest powodem rezygnacji z podróży przez jej uczestników. W przypadku osoby niepełnoletniej winno być podpisane przez rodzica (opiekuna prawnego).

Ja, niżej podpisana/y

Imię, drugie imię, nazwisko

Ulica, numer domu, numer mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość, kraj

numer PESEL / w przypadku obcokrajowców  
data urodzenia

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

Dnia

Podpis

dzień

miesiąc

rok



You travel. We care.

Dane osobowe w zakresie imienia i nazwiska lekarza administrator uzyska za pośrednictwem ubezpieczonego w procesie likwidacji szkody.

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."