

Formularz zgłoszenia szkody

Koszty rezygnacji business

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 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

e-mail:

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

tak

nie

Data i miejsce rezerwacji podróży

dzień

miesiąc

rok

miejsce

Data i miejsce wykupienia polisy

dzień

miesiąc

rok

miejsce

Numer polisy

Dane ubezpieczającego (firmy)

Nazwa firmy

Kod pocztowy

Miejscowość, kraj

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

Nazwa i dokładny adres banku

Nazwisko i imię / nazwa firmy - właściciela rachunku

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 nieszczęśliwy wypadek śmierć inny, jaki?

b) szkoda w mieniu w wyniku przestępstwa - jakiego?

w wyniku zdarzenia losowego - jakiego?

c) inny utrata pracy odwołanie spotkania kradzież dokumentów egzamin poprawkowy

kontrola US, ZUS, inne zastępstwo pracownika inny, jaki?

W przypadku wybrania powyżej powodu medycznego, prosimy opisać charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą. Prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, rodzaj urazu wraz z okolicznościami jego powstania.

2. Dane osoby, z powodu której nastąpiła rezygnacja z podróży

Nazwisko i imię

Jeśli jest to najbliższy krewny osoby delegowanej, to prosimy napisać, jaki stopień pokrewieństwa łączy tę osobę z delegowanym/ubezpieczonym oraz dołączyć dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa.

3. Data zdarzenia skutkującego rezygnacją z podróży

Data zajścia zdarzenia

dzień miesiąc rok

Data zgłoszenia rezygnacji

dzień miesiąc rok

Oplaty związane z rezygnacją

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

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 zwalnim 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.

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

Formularz Medyczny

Koszty rezygnacji business

Szanowna Pani Doktor / Szanowny Panie Doktorze!

Otrzymałmy zgłoszenie szkody z tytułu Ubezpieczenia Kosztów Rezygnacji Business.

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 w momencie dokonywania rezerwacji podróży istniały jakiegokolwiek przeciwwskazania medyczne do jej odbycia?

tak nie

Jeśli tak, to jakie:

7. Data poinformowania pacjenta o konieczności odwołania podróży

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

8. Przeciwwskazania uniemożliwiające pacjentowi wyjazd

Imię i nazwisko lekarza

pieczętka i podpis

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. 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"

Lista niezbędnych dokumentów

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

Nagłe zachorowanie:

- wypełniony przez lekarza formularz medyczny
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy zachorowanie dotyczy najbliższego krewnego osoby delegowanej,

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 najbliższego krewnego osoby delegowanej,

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 dotyczy najbliższego krewnego osoby delegowanej,

Szkoda w mieniu:

- notatka policji o zdarzeniu
- inny dokument wystawiony przez właściwe służby potwierdzający wystąpienia zdarzenia (np. notatka straży pożarnej lub IMiGW)
- dokumenty potwierdzające konieczność obecności osoby delegowanej w kraju zamieszkania w czasie planowanej podróży służbowej

Zwolnienie z pracy:

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

Nieobecność innego pracownika:

- zwolnienie lekarskie lub inny dokument potwierdzający tę nieobecność

Odwołanie spotkania biznesowego:

- potwierdzenie odwołania spotkania przez kontrahenta

Kradzież dokumentów:

- notatka policji o zdarzeniu

Egzamin poprawkowy:

- zaświadczenie z dziekanatu uczelni lub sekretariatu szkoły potwierdzające udział osoby delegowanej w egzaminie poprawkowym oraz moment (datę) wyznaczenia daty tego egzaminu

Kontrola z US, ZUS lub innej instytucji państwowej:

- pismo/decyzję potwierdzającą termin wyznaczonej kontroli oraz dokumenty potwierdzające konieczność obecności osoby delegowanej w kraju zamieszkania w czasie planowanej podróży służbowej

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