

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 ubezpieczonej

Imię, drugie imię, nazwisko

Nazwisko rodowe Obywatelstwo

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

Kod pocztowy Mijscowość/kraj Numer PESEL/w przypadku obcokrajowców data urodzenia

Legitymujący się dokumentem tożsamości

Nazwa dokumentu tożsamości Seria i numer Organ wydający Kraj wydania dokumentu

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

Kod pocztowy Mijscowość/kraj

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

Kod pocztowy Mijscowość/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 wykupienia polisy

Nazwa organizatora podróży

Numer polisy Numer rezerwacji

Wszelkie dokumenty prosimy przysłać 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

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

Data rezerwacji podróży:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	godzina

Początek podróży:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	godzina

Zakończenie podróży:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data	godzina

Kraj i miasto pobytu za granicą w momencie zachorowania/wypadku

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

Środek transportu:

Samolot Pociąg Autobus Samochód Inny

C Dane dotyczące szkody

Data zachorowania/zajścia wypadku

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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).

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

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

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

2.3. Czy choroba występowała w przeszłości?

tak nie

Jeśli tak prosimy podać datę:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

oraz nazwisko i imię lekarza, pod którego opieką pozostawał ubezpieczony w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających datę rezerwacji podróży. Prosimy podać dokładny adres gabinetu, okres leczenia oraz diagnozy zachorowań (w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce).

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

3. Prosimy wypełnić jedynie w przypadku, gdy przyczyną leczenia był nieszczęśliwy wypadek

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

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

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.

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



Assistance



Repatriacja



Bagaż



Koszty rezygnacji



Koszty leczenia

- 3.4. Czy był to wypadek komunikacyjny? tak nie
- 3.5. Czy ubezpieczony kierował pojazdem? tak nie
- 3.6. Czy ubezpieczony posiada prawo jazdy? tak nie
- 3.7. Czy na miejscu wypadku została sporządzona notatka policji? tak nie

Jeśli tak, prosimy podać adres odpowiedniej jednostki.

.....

.....

3.8. Prosimy podać dokładny charakter odniesionych obrażeń.

.....

.....

.....

.....

3.9. 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?

.....

3.10. Czy ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających? tak nie

3.11. Czy wykonano badanie krwi? tak nie

4. Czy w skutek wypadku/choroby ubezpieczony był hospitalizowany? tak nie

.....

.....

Jeśli tak, prosimy załączyć kartę leczenia szpitalnego.

W jaki sposób poszkodowany powrócił do kraju

planowanym środkiem transportu karetką

Samolot 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

6.3. 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 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

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).

Dnia

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.

Dnia

Imię i nazwisko oraz podpis zgłaszającego szkodę

Lista niezbędnych dokumentów

W przypadku zgłoszenia szkody z ubezpieczenia kosztów leczenia wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody należy przedłożyć następujące dokumenty:

- oryginał lub kserokopia polisy ubezpieczeniowej/potwierdzenia rezerwacji podróży,
- oryginały rachunków potwierdzających wysokość poniesionych kosztów,
- diagnozy lekarskie i inne dokumenty potwierdzające przyczynę oraz zakres udzielonej pomocy medycznej,
- opis okoliczności wypadku,
- jeżeli uraz powstał na skutek wypadku komunikacyjnego, prosimy załączyć kopię notatki 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.