

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: <input type="checkbox"/> Samolot <input type="checkbox"/> Pociąg <input type="checkbox"/> Autobus <input type="checkbox"/> Samochód <input type="checkbox"/> 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?



Assistance



Repatriacja



Bagaż



Koszty rezygnacji

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="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"/>

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