

Wszelkie dokumenty prześlij na adres:

ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium  
Oddział w Polsce  
al. Grunwaldzka 413, 80-309 Gdańsk  
Tel. +48 58 324 88 50

Numer szkody  
Wypełnia ERGO Ubezpieczenia Podróży



Aby umożliwić nam szybkie i właściwe rozpatrzenie roszczenia wypełnij formularz dokładnie i szczegółowo.

## A. Informacje ogólne

### Dane osoby ubezpieczonej

Imię, drugie imię, nazwisko

Nazwisko rodowe

Obywatelstwo

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

numer PESEL (w przypadku obcokrajowców data urodzenia)

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

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

Nazwa banku

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.

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

## 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"/>
dzień	miesiąc	rok			

### 1. Charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą.

Zamieść dokładny opis dolegliwości, rodzaju urazu wraz z okolicznościami jego powstania.

1.1. Od kiedy poszkodowany cierpił 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"/>
dzień	miesiąc	rok			

1.3. Czy choroba występowała w przeszłości?  TAK  NIE

1.4. Podaj 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?

Jeśli tak, załącz kartę leczenia szpitalnego.

TAK  NIE

Daty hospitalizacji

Od	<input type="text"/>	<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"/>	<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?  
Jeśli nie, to z jakiego powodu?

TAK  NIE

### 3. Podaj dokładny spis poniesionych kosztów.

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie oryginałów lub kopie rachunków z tytułu poniesionych kosztów. W razie konieczności kontynuuj 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="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/> <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, podaj nazwę:

4.2. Podaj wysokość otrzymanego zwrotu:  PLN

4.3. Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot jakichkolwiek kosztów?  TAK  NIE

4.4. Jeśli tak, to do kogo? Podaj nazwę i adres.

## C. Dane dotyczące innego ubezpieczyciela

1. Czy poszkodowany posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia?  
Jeśli tak, podaj nazwę ubezpieczyciela i numer polisy.  TAK  NIE

2. Czy poszkodowany posiada kartę bankową oferującą ubezpieczenie kosztów leczenia?  
Jeśli tak, podaj nazwę banku, numer karty i nazwę ubezpieczyciela.  TAK  NIE

## D. Oświadczenia poszkodowanego

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych przez administratora: ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającą przez Oddział w Polsce, al. Grunwaldzka 413, 80-309 Gdańsk, dostępnymi w dokumencie Polityka Prywatności pod adresem: [www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka-prywatnosci/](http://www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka-prywatnosci/). W celu uzyskania wszelkich informacji w przedmiocie przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: [iod@ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl](mailto:iod@ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych odnośnie stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (w tym do likwidacji szkody) przez ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającą przez Oddział w Polsce.

Data

Imię i nazwisko oraz podpis poszkodowanego

Upoważniam każdego lekarza, każdy zakład opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, grupowe praktyki lekarskie, grupowe praktyki pielęgniarek lub położnych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych i przedstawiciele organu ubezpieczeń społecznych do udzielenia informacji oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji przez ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającą przez Oddział w Polsce o stanie mojego zdrowia, przebiegu mojego leczenia lub przyczynach zgonu, koniecznych do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

Data

Imię i nazwisko oraz podpis poszkodowanego

INFORMACJA: ww. zgody są dobrowolne, ale ich brak może utrudnić lub uniemożliwić ustalenie prawa do odszkodowania z umowy ubezpieczenia. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem: [www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka-prywatnosci/](http://www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka-prywatnosci/).

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, które załącz wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody.

W przypadku zgłaszania szkody z tytułu kosztów leczenia z powodu:

- nagłego zachorowania dołącz:
  - oryginał lub kserokopię potwierdzenia wykupienia ubezpieczenia/potwierdzenia dokonania rezerwacji podróży,
  - oryginały lub kopie rachunków z tytułu poniesionych kosztów,
  - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczynę oraz zakres udzielonej pomocy medycznej.
- nieszczęśliwego wypadku dołącz:
  - oryginał lub kserokopię potwierdzenia wykupienia ubezpieczenia/potwierdzenia dokonania rezerwacji podróży,
  - oryginały lub kopie rachunków z tytułu poniesionych kosztów,
  - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczynę oraz zakres udzielonej pomocy medycznej,
  - opis okoliczności wypadku,
  - jeżeli uraz powstał wskutek wypadku komunikacyjnego, załącz 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.**