

# Formularz zgłoszenia szkody

## Koszty leczenia

Wszelkie dokumenty prosimy przysyłać 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



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 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

godzina

Zakończenie podróży

dzień

miesiąc

rok

godzina

godzina

Kraj i miasto pobytu za granicą w momencie zachorowania/wypadku

## B. Dane dotyczące szkody

Data zachorowania/zajścia wypadku

dzień

miesiąc

rok

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

Prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, rodzaju urazu wraz z okolicznościami jego powstania

1.1. Od kiedy poszkodowany cierpi na tę dolegliwość, kiedy doszło do powstania urazu?

1.2. Data pierwszej wizyty u lekarza

dzień

miesiąc

rok

1.3. Czy choroba występowała w przeszłości?  TAK  NIE

1.4. 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.

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, to prosimy załączyć kartę leczenia szpitalnego.

TAK  NIE

Daty hospitalizacji:

Od

dzień

miesiąc

rok

do

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. 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
<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, prosimy podać nazwę:

4.2. Prosimy podać wysokość otrzymanego zwrotu:  PLN

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

4.4. Jeśli tak, to do kogo?  
Nazwa i adres

## C. Dane dotyczące innego ubezpieczyciela

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

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

## D. Oświadczenia

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-ubezpieceniapodrozy.pl/polityka- Prywatności/](http://www.ergo-ubezpieceniapodrozy.pl/polityka- Prywatności/). W celu uzyskania wszelkich informacji w przedmiocie przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: [iod@ergo-ubezpieceniapodrozy.pl](mailto:iod@ergo-ubezpieceniapodrozy.pl).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia (w tym do likwidacji szkody) i w związku z tym zwalniam lekarzy, placówki medyczne oraz Narodowy Fundusz Zdrowia, w których leczyłem/leczyłam/leczy się/korzystam ze świadczeń, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnienie ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającą przez Oddział w Polsce, al. Grunwaldzka 413, 80-309 Gdańsk dokumentacji medycznej (historii choroby)/wykazu udzielonych mi świadczeń. (Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem: [www.ergo-ubezpieceniapodrozy.pl/polityka- Prywatności/](http://www.ergo-ubezpieceniapodrozy.pl/polityka- Prywatności/)).

Data

Imię i nazwisko oraz podpis ubezpieczonego lub pełnomocnika

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, jakie należy przedłożyć wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody.

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 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.**