

Formularz zgłoszenia szkody

Koszty rezygnacji z podróży

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

Nazwisko i imię właściciela rachunku

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.

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

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

B. Dane 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 choroba przewlekła

b) szkoda w mieniu w wyniku przestępstwa – jakiego?

w wyniku zdarzenia losowego – jakiego?

c) inny utrata pracy rozpoczęcie pracy inny, jaki?

2. Czy zdarzenie powstało wskutek:

przestępstwa samobójstwa wypadku komunikacyjnego

uprawiania sportu – jakiej dyscypliny?

wykonywania pracy fizycznej – jakiej?

inne – wskutek czego?

Charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą.
Prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, rodzaj urazu wraz z okolicznościami jego powstania.

3. 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.

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

Nazwisko i imię

Czy jest to współuczestnik wycieczki?

TAK NIE

Jeśli nie jest to współuczestnik wycieczki, to prosimy napisać, jaki stopień pokrewieństwa łączy tę osobę z uczestnikami wycieczki. Prosimy dołączyć dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa.

5. Data zdarzenia skutkującego rezygnacją z podróży

Data zajścia zdarzenia

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

Data zgłoszenia rezygnacji organizatorowi

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

Opłaty związane z rezygnacją

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

Jeśli tak, prosimy podać nazwę ubezpieczyciela i numer polisy

TAK NIE

2. Czy poszkodowany posiada kartę bankową oferującą ubezpieczenie kosztów rezygnacji z podróży?

Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, numer karty i nazwę ubezpieczyciela

TAK NIE

E. 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/. W celu uzyskania wszelkich informacji w przedmiocie przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: iiod@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 leczylam/leczylem/leczę 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/).

Data

Imię i nazwisko oraz podpis ubezpieczonego lub pełnomocnika

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.

Data

Imię i nazwisko oraz podpis zgłaszającego szkodę

Lista niezbędnych dokumentów

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

- Nagłe zachorowanie:
 - wypełniony przez lekarza formularz medyczny
 - dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy zachorowanie dotyczy osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki
- Nieszczęśliwy wypadek:
 - wypełniony przez lekarza formularz medyczny wraz z pieczętką placówki medycznej oraz pieczętką lekarza
 - 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 osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki
- 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 zmarły nie był uczestnikiem wycieczki
- Szkada w mieniu:
 - notatka policji o zdarzeniu
 - inny dokument wystawiony przez właściwe służby potwierdzający wystąpienia zdarzenia (np. notatka straży pożarnej lub IMiGW)
 - dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy szkoda dotyczy osoby, która nie jest współuczestnikiem wycieczki
- Wyznaczenia daty rozpoczęcia pracy:
 - zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o statusie bezrobotnego
 - umowa o pracę
- Zwolnienie z pracy:
 - wypowiedzenie umowy o pracę
 - umowa o pracę
 - świadectwo pracy – gdy umowa o pracę uległa rozwiązaniu

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

Formularz Medyczny

Koszty rezygnacji z podróży

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

Szanowna Pani Doktor / Szanowny Panie Doktorze!

Otrzymałmśmy zgłoszenie szkody z tytułu Ubezpieczenia Kosztów Rezygnacji z Podróży. 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,
ERGO Reiseversicherung AG Oddział w Polsce

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

dzień

miesiąc

rok

4. Data pierwszej porady w sprawie zachorowania/wypadku

dzień

miesiąc

rok

5. Czy odwołanie podróży było konieczne z medycznego punktu widzenia?

TAK

NIE

6. Czy pacjent był leczony z powodu powyższego zachorowania w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę rezerwacji podróży?

TAK

NIE

Jeśli tak, to prosimy podać wszystkie daty porad w tej sprawie:

Administratorem Pani/Pana danych jest ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działająca przez Oddział w Polsce, al. Grunwaldzka 413, 80-309 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.

Pani/Pana dane osobowe w postaci imienia i nazwiska pozyskamy od ubezpieczonego w procesie likwidacji szkody. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych, prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: iod@ergo-ubezpieceniapodrozy.pl. Prosimy o zapoznanie się z pełną treścią klauzuli informacyjnej pod adresem: www.ergo-ubezpieceniapodrozy.pl/polityka-prywatnosci/.

7. Jeżeli diagnozą zachorowania jest zawał serca lub udar mózgu – prosimy napisać czy pacjent był leczony z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego (w tym nadciśnienie tętnicze lub choroba wieńcowa) lub cukrzycy w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę rezerwacji podróży. Jakie to choroby i od kiedy są leczone:

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

TAK NIE

Jeśli tak, to jakie:

9. Data poinformowania pacjenta o konieczności odwołania podróży

dzień

miesiąc

rok

10. Przeciwwskazania uniemożliwiające pacjentowi wyjazd

Imię i nazwisko lekarza

pieczętka i podpis

pieczętka placówki medycznej

Niniejsze oświadczenie powinno być podpisane przez osobę, której stan zdrowia jest powodem rezygnacji z podróży przez jej uczestników. W przypadku osoby niepełnoletniej winno być podpisane przez rodzica (opiekuna prawnego).

Ja, niżej podpisana/y

Imię, drugie imię, nazwisko

Ulica, numer domu, numer mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość, kraj

numer PESEL (w przypadku obcokrajowców data urodzenia)

F. 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-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.

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 leczyłam/leczyłem/leczę 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-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka- Prywatnosci/).

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