

Wszelkie dokumenty prosimy przysłać 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

Data i miejsce rezerwacji podróży

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

Data i miejsce wykupienia polisy

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

Numer polisy

Dane ubezpieczającego (firmy)

Nazwa firmy

 -

Kod pocztowy

Miejscowość, kraj

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.

Dane dotyczące wszystkich osób, które anulowały podróż - w razie potrzeby prosimy kontynuować na odrębnej kartce.

Imię i nazwisko

numer PESEL lub data urodzenia

Imię i nazwisko

numer PESEL lub data urodzenia

Imię i nazwisko

numer PESEL lub data urodzenia

Imię i nazwisko

numer PESEL lub data urodzenia

B. Szczegóły dotyczące podróży

Środek transportu

 samolot pociąg autobus samochód inny

Kraj docelowy

Data rozpoczęcia podróży

Data zakończenia podróży

C. Szczegóły dotyczące szkody

1. Powód rezygnacji

a) medyczny

 nagle zachorowanie nieszczęśliwy wypadek śmierć choroba przewlekła inny, jaki?

b) szkoda w mieniu

 w wyniku przestępstwa - jakiego? w wyniku zdarzenia losowego - jakiego?

c) inny

 utrata pracy odwołanie spotkania kradzież dokumentów egzamin poprawkowy kontrola US, ZUS, inne zastępstwo pracownika inny, jaki?

W przypadku wybrania powyżej powodu medycznego, prosimy opisać charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą. Prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, rodzaj urazu wraz z okolicznościami jego powstania.

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

Nazwisko i imię

Jeśli jest to najbliższy krewny osoby delegowanej, to prosimy napisać, jaki stopień pokrewieństwa łączy tę osobę z delegowanym/ubezpieczonym oraz dołączyć dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa.

3. Data zdarzenia skutkującego rezygnacją z podróży

Data zajścia zdarzenia

dzień

miesiąc

rok

Data zgłoszenia rezygnacji

dzień

miesiąc

rok

Opłaty związane z rezygnacją

kwota

waluta

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, adres)

D. Dane innego ubezpieczyciela

1. Czy poszkodowany posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty rezygnacji z podróży? TAK NIE

Jeśli tak, prosimy podać nazwę ubezpieczyciela i numer polisy

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

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

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-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

Formularz Medyczny

Koszty rezygnacji business

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!

Otrzymałyśmy zgłoszenie szkody z tytułu Ubezpieczenia Kosztów Rezygnacji Business.

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

TAK NIE

Jeśli tak, to jakie:

7. Data poinformowania pacjenta o konieczności odwołania podróży

dzień

miesiąc

rok

8. Przeciwwskazania uniemożliwiające pacjentowi wyjazd

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-ubezpieczeniapodrozy.pl. Prosimy o zapoznanie się z pełną treścią klauzuli informacyjnej pod adresem: www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka-prywatnosci/.

Imię i nazwisko lekarza

pieczętka i podpis lekarza

pieczętka placówki medycznej

Lista niezbędnych dokumentów

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

- Nagłe zachorowanie:
 - wypełniony przez lekarza formularz medyczny
 - dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa, gdy zachorowanie dotyczy najbliższego krewnego osoby delegowanej,
- 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 najbliższego krewnego osoby delegowanej,
- 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 dotyczy najbliższego krewnego osoby delegowanej,
- Szkada w mieniu:
 - notatka policji o zdarzeniu
 - inny dokument wystawiony przez właściwe służby potwierdzający wystąpienia zdarzenia (np. notatka straży pożarnej lub IMiGW)
 - dokumenty potwierdzające konieczność obecności osoby delegowanej w kraju zamieszkania w czasie planowanej podróży służbowej
- Zwolnienie z pracy:
 - wypowiedzenie umowy o pracę
 - umowa o pracę
 - świadectwo pracy - gdy umowa o pracę uległa rozwiązaniu
- Nieobecność innego pracownika:
 - zwolnienie lekarskie lub inny dokument potwierdzający tę nieobecność
- Odwołanie spotkania biznesowego:
 - potwierdzenie odwołania spotkania przez kontrahenta
- Kradzież dokumentów:
 - notatka policji o zdarzeniu
- Egzamin poprawkowy:
 - zaświadczenie z dziekanatu uczelni lub sekretariatu szkoły potwierdzające udział osoby delegowanej w egzaminie poprawkowym oraz moment (datę) wyznaczenia daty tego egzaminu
- Kontrola z US, ZUS lub innej instytucji państwowej:
 - pismo/decyzję potwierdzającą termin wyznaczonej kontroli oraz dokumenty potwierdzające konieczność obecności osoby delegowanej w kraju zamieszkania w czasie planowanej podróży służbowej

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