

Formularz zgłoszenia szkody

Koszty rezygnacji z podróży

W celu umożliwienia nam szybkiego i właściwego rozpatrzenia roszczenia, prosimy o dokładne wypełnienie załączonego formularza.

A Informacje ogólne

Dane osoby wypełniającej formularz

Imię, drugie imię, nazwisko

Nazwisko rodowe

Obywatelstwo

Adres zameldowania jak w dokumencie tożsamości (ulica/numer domu/numer mieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość/kraj

Numer PESEL/w przypadku obcokrajowców data urodzenia

Legitymujący się dokumentem tożsamości

Nazwa dokumentu tożsamości

Seria i numer

Organ wydający

Kraj wydania dokumentu

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

Kod pocztowy

Miejscowość/kraj

Adres korespondencyjny wskazany przez klienta (ulica/numer domu/numer mieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość/kraj

Numer telefonu kontaktowego

Adres e-mail

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

Nazwa i dokładny adres banku

Nazwisko i imię właściciela rachunku

Data i miejsce rezerwacji z podróży

Data i miejsce wykupienia polisy

Nazwa organizatora podróży

Numer polisy

Numer rezerwacji

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

Nazwisko i imię

Numer pesel lub data urodzenia

Nazwisko i imię

Numer pesel lub data urodzenia

Nazwisko i imię

Numer pesel lub data urodzenia

Nazwisko i imię

Numer pesel lub data urodzenia

Nazwisko i imię

Numer pesel lub data urodzenia

Nazwisko i imię

Numer pesel lub data urodzenia

B Szczegóły dotyczące podróży

Środek transportu

samolot

pociąg

autobus

samochód

inny

Kraj docelowy podróży

Data rozpoczęcia podróży

Data zakończenia podróży

Wszelkie dokumenty prosimy przysłać na adres
Europäische Reiseversicherung AG
Oddział w Polsce
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).

C Dane dotyczące szkody

1. Powód rezygnacji

- a) medyczny nagłe zachorowanie nieszczęśliwy wypadek śmierć
- b) szkoda w mieniu kradzież z włamaniem lub rabunek kradzież pojazdu pożar
- c) inny utrata pracy rozpoczęcie pracy inny, jaki? _____

2. Czy zdarzenie powstało wskutek:

- przestępstwa samobójstwa wykonywania pracy fizycznej
- wyczynowego uprawiania sportu
- uprawiania sportu, jeśli tak to jakiej dyscypliny _____
- inne, jeśli tak, to wskutek czego _____

Prosimy podać krótki opis objawów choroby, opisać okoliczności wypadku, wyjaśnić przyczynę rezygnacji z podróży

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

Czy poszkodowany jest osobą bliską? tak nie

Nazwisko i imię

Stopień pokrewieństwa, prosimy załączyć kopię dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo, jeżeli osoba ta nie jest współuczestnikiem podróży.

4. Data zdarzenia zmuszającego do rezygnacji z podróży

Data zajścia zdarzenia

_____|_____|_____

Data zgłoszenia rezygnacji organizatorowi

_____|_____|_____

Waluta

_____|_____|_____|_____|_____

Opłaty związane z rezygnacją

Niniejszym zwalням lekarzy, a także placówki medyczne, w których leczyłam/leczyłem i lecę się, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnienie ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej (historii choroby).

_____|_____|_____

Dnia

Podpis ubezpieczonego lub pełnomocnika

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.

_____|_____|_____

Dnia

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 szkody należy przedłożyć następujące dokumenty:

Nagłe zachorowanie

- wypełniony przez lekarza formularz medyczny,

Nieszczęśliwy wypadek

- wypełniony przez lekarza formularz medyczny,
- dokładny opis okoliczności wypadku,
- jeżeli uraz powstał na skutek wypadku komunikacyjnego, prosimy załączyć kopię notatki policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawcy.



Assistance



Repatriacja



Bagaż



Koszty rezygnacji



Koszty leczenia

Zgon

- kopię aktu zgonu,
- dokument potwierdzający stopień pokrewieństwa – gdy zmarły nie był uczestnikiem podróży,
- 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 kopię notatki policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawcy.

Szkoda w mieniu

- notatka policji o zdarzeniu,
- inny dokument wystawiony przez właściwe służby potwierdzający wystąpienie zdarzenia (np. notatka straży pożarnej lub IMiGW).

Wyznaczenie 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.

Przerwanie podróży

- udokumentowane koszty transportu powrotnego do Polski,
- potwierdzenie kosztów niewykorzystanego pobytu wystawione przez organizatora.

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

Formularz Medyczny

Koszty Rezygnacji z podróży

Szanowna Pani Doktor/ Szanowny Panie Doktorze!

Otrzymaliśmy 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,

Europäische Reiseversicherung AG

Dane pacjenta

Nazwisko i imię

Ulica, nr domu

Kod pocztowy Miejscowość Numer PESEL

Diagnoza zachorowania

3. Data zachorowania/wypadku

4. Data pierwszej porady w sprawie zachorowania/wypadku

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

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

tak

nie

Jeśli tak, to jakie?

8. Data poinformowania pacjenta o konieczności odwołania podróży?

8.1. Kiedy pojawiły się pierwsze symptomy, które wskazywały na to, że pacjent nie będzie mógł odbyć podróży?

9. Przeciwwskazania uniemożliwiające pacjentowi wyjazd:

10. Komentarz:

Miejscowość Data Podpis i pieczęćka

Wszelkie dokumenty prosimy przysłać na adres
Europäische Reiseversicherung AG
Oddział w Polsce
ul. Chmielna 101/102
80-748 Gdańsk
Tel. +48 58 324 88 50
Fax. +48 58 324 88 51

Numer szkody - wypełnia ERV

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

Ja, niżej podpisany

Imię, drugie imię, nazwisko

Adres

Kod pocztowy

Miejscowość/kraj

Numer PESEL/w przypadku obcokrajowców data urodzenia

Zwalniam lekarzy z zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnienie lekarzom występującym w imieniu Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z siedzibą w Gdańsku przy ul. Chmielnej 101/102 historii mojej choroby (karty leczenia)

Dnia

Podpis