

Formularz zgłoszenia szkody / Schadensmeldeformular

Koszty leczenia / Behandlungskosten

Wszelkie dokumenty prosimy przysyłać na adres: / Bitte alle Unterlagen per Post an die folgende Adresse senden:

Numer polisy **395000024** **PROMEDICA24**

Europäische Reiseversicherung AG
Oddział w Polsce
ul. Chmielna 101/102
80-748 Gdańsk
Tel. +48 58 324 88 50

W celu umożliwienia nam szybkiego i właściwego rozpatrzenia roszczenia prosimy o dokładne i szczegółowe wypełnienie poniższego formularza.

Damit wir Ihre Meldung schnell und korrekt bearbeiten können, bitten wir um eine präzise und detaillierte Ausfüllung des vorliegenden Formulars.

A Informacje ogólne / Allgemeine Angaben

Dane osoby ubezpieczonej / Angaben der versicherten Person

Imię, drugie imię, nazwisko / Vorname, zweiter Vorname, Name

Nazwisko rodowe / Mädchenname

Obywatelstwo / Staatsangehörigkeit

Adres zameldowania jak w dokumencie tożsamości (ulica, numer domu, numer mieszkania)
Meldeadresse wie im Personalausweis (Straße, Hausnummer, Wohnungsnummer)

Kod pocztowy / Postleitzahl

Miejscowość, kraj / Ort, Staat

numer PESEL (w przypadku obcokrajowców data urodzenia) / Erfassungsnummer (bei Ausländern ein Geburtsdatum)

Adres korespondencyjny wskazany przez klienta (ulica, numer domu, numer mieszkania) / vom Kunden angegebene Postanschrift (Straße, Hausnummer, Wohnungsnummer)

Kod pocztowy / Postleitzahl

Miejscowość, kraj / Ort, Staat

Numer telefonu kontaktowego / Telefonnummer

Adres e-mail / E-Mail-Adresse

Legitymująca/y się dowodem tożsamości / ausgewiesen mit dem Personalausweis

Nazwa dokumentu tożsamości / Art des Identitätsnachweises

Seria i numer / Serie und Nummer

Organ wydający / ausstellendes Organ

Kraj wydania / Ausstellender Staat

B Dane dotyczące szkody / Daten zur Schadensmeldung

Początek podróży / Beginn der Reise

dzień / Tag miesiąc / Monat rok / Jahr godzina / Uhrzeit

Zakończenie podróży / Ende der Reise

dzień / Tag miesiąc / Monat rok / Jahr godzina / Uhrzeit

Kraj i miasto pobytu za granicą w momencie zachorowania/wypadku / Staat und Ort des Aufenthaltes im Ausland zur Zeit eines Krankfalles/eines Unfalles

Data zachorowania (zajścia wypadku) / Erkrankungsdatum (Datum des Unfalls)

dzień / Tag miesiąc / Monat rok / Jahr

Numer szkody - wypełnia ERV

1. Charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą. / Art der Erkrankung, Verletzungsart mit Diagnose

Prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, rodzaju urazu wraz z okolicznościami jego powstania / Bitte die Beschwerden genau beschreiben, Verletzungsart und Umstände ihrer Entstehung angeben

1.1 Od kiedy poszkodowany cierpiął na tę dolegliwość, kiedy doszło do powstania urazu? / Seit wann leidet der Verletzte unter diesen Beschwerden, wann kam es zur Verletzung?

1.2 Data pierwszej wizyty u lekarza / Datum des ersten Arztbesuches

dzień / Tag miesiąc / Monat rok / Jahr

1.3 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. / Bitte den Namen und die Adresse der Fürsorgeanstalt angeben, der der Verletzte zugehört hat oder in der er innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags behandelt wurde

1.4 Czy do zachorowania/wypadku doszło wskutek: / Kam es zur Erkrankung/zum Unfall infolge eines :

przestępstwa / Verbrechens samobójstwa / Selbstmordes wypadku komunikacyjnego / Verkehrsunfalls

uprawiania sportu - jakiej dyscypliny? Sports(welche Disziplin?)

wykonywania pracy fizycznej - jakiej? physischer Arbeit (welche?)

inne - wskutek czego? auf andere Weise (wie genau?)

1.5 Czy ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających / Stand der Versicherte unter Alkohol-, Arzneimittel-, Drogeneinfluss? tak / ja nie / nein

1.6 Czy wykonano badanie krwi / Wurde ein Bluttest durchgeführt? tak / ja nie / nein

2. Czy wskutek wypadku/choroby ubezpieczony był hospitalizowany? Jeśli tak, to prosimy załączyć kartę leczenia szpitalnego. / Wurde der Versicherte infolge des Unfalls (der Erkrankung) ärztlich behandelt? Falls ja, bitte die Krankenhausbehandlungskarte hinzufügen. tak / ja nie / nein

Daty hospitalizacji: / Behandlung vom:

Od do / bis
dzień / Tag miesiąc / Monat rok / Jahr dzień / Tag miesiąc / Monat rok / Jahr

2.1 W jaki sposób poszkodowany powrócił do kraju zamieszkania? / Womit kehrte der Versicherte in sein Heimatland zurück?

planowanym środkiem transportu / Mit dem geplanten Transportmittel karetką / mit dem Krankenwagen samolotem / mit dem Flugzeug

ambulansiem lotniczym / mit dem Flugambulanz innym - jakim? Anders - womit?

Czy Centrum Pomocy zostało zawiadomione o zdarzeniu? / Wurde ein Hilfszentrum darüber informiert? tak / ja nie / nein
Jeśli nie, to z jakiego powodu? / Falls nicht, aus welchem Grund?

3. Prosimy podać dokładny spis poniesionych kosztów / Bitte die angefallenen Kosten genau beschreiben

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie oryginałów rachunków z tytułu poniesionych kosztów (w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce). / Zur Erstattung der Kosten ist die Vorlage der Originalrechnungen erforderlich (nach Bedarf bitte auf einem zusätzlichen Blatt fortsetzen).

Opis rachunku (np. leki, porada medyczna) / Rechnungsbeschreibung (z.B. Arzneimittel, ärztlicher Rat),	Data wystawienia rachunku / Datum der Rechnungsausstellung	Kwota i waluta / Summe und Währung	Opłacono / Bezahlt
			tak/ja <input type="checkbox"/> nie/ nein <input type="checkbox"/>
			tak/ja <input type="checkbox"/> nie/ nein <input type="checkbox"/>
			tak/ja <input type="checkbox"/> nie/ nein <input type="checkbox"/>
			tak/ja <input type="checkbox"/> nie/ nein <input type="checkbox"/>
			tak/ja <input type="checkbox"/> nie/ nein <input type="checkbox"/>

C Numer rachunku bankowego-dane do przelewu / Bankdaten

26-cyfrowy numer rachunku bankowego beneficjenta, na rzecz którego ma zostać wypłacone odszkodowanie / sechszundzwanzigstellige Kontonummer des Begünstigten, an den die Entschädigung ausgezahlt werden soll

Nazwa i dokładny adres banku / Name und genaue Adresse der Bank

Nazwisko i imię właściciela rachunku / Name und Vorname des Kontoinhabers

D Dane dotyczące innego ubezpieczyciela / Angaben der anderen Versicherungsgesellschaft

1. Czy poszkodowany posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia? Jeśli tak, prosimy podać nazwę ubezpieczyciela i numer polisy / Besitzt der Beschädigte eine andere Versicherungspolice, die die Behandlungskosten umfasst? Falls ja, bitte den Namen der Versicherungsgesellschaft, den Policenamen und die Policennummer angeben (z.B. EKVK-Nr. ...).

tak/ja nie/
nein

2. Czy poszkodowany otrzymał już zwrot jakichkolwiek kosztów z innego źródła? Hat der Beschädigte bereits die Rückerstattung anderweitiger Kosten von einer anderen Quelle erhalten?

tak/ja nie/
nein

2.1 Jeśli tak, prosimy podać nazwę:

Falls ja, bitte den Namen angeben

2.2 Prosimy podać wysokość otrzymanego zwrotu PLN

Bitte die Höhe der Rückerstattung angeben

3. Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot jakichkolwiek kosztów? / Hat der Beschädigte einen Antrag auf die Rückerstattung jedweder Kosten gestellt?

tak/ja nie/
nein

3.1 Jeśli tak, to do kogo? / Falls ja, an wen?

Nazwa i adres / Name und Adresse

4. Czy poszkodowany posiada kartę bankową oferującą ubezpieczenie kosztów leczenia? Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, numer karty i nazwę ubezpieczyciela / Besitzt der Beschädigte eine Bankkarte, die die Behandlungskosten versichert? Falls ja, bitte den Banknamen, die Kartennummer und den Namen der Versicherungsgesellschaft angeben.

tak/ja nie/
nein

5. Czy poszkodowany jest objęty prywatnym/dodatkovym ubezpieczeniem zdrowotnym? Jeśli tak, prosimy podać adres, nazwę firmy oraz numer ubezpieczenia lub członkostwa / Besitzt der Beschädigte eine private/zusätzliche Krankenversicherung? Falls ja, bitte den Firmennamen und die Versicherungsnummer oder Mitgliedsnummer angeben.

tak/ja nie/
nein

Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że Europäische Reiseversicherung AG Oddział w Polsce z siedzibą w Gdańsku, ul. Chmielna 101/102, 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, w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) jest administratorem danych osobowych i przetwarza te dane w celu realizacji umowy ubezpieczenia, że mam prawo dostępu do treści moich danych i ich poprawiania oraz, że ich podanie jest dobrowolne. / Ich wurde darüber informiert, dass Europäische Reiseversicherung AG Niederlassung Polen mit Sitz in Gdańsk, ul. Chmielna 101/102, eingetragen im Unternehmerregister des Landesgerichtsregisters unter der Nummer KRS 0000214412, Steuernummer NIP 2040000303, Gewerbemeldenummer Regon 193072350, Grundkapital 52000000 EUR, im Sinne des Datenschutzgesetzes vom 29.08.1997 r. (einheitlicher Text: Amtsblatt von 2002 Nr. 101, Pos. 926 mit nachträglichen Änderungen) als Verwalter der personenbezogenen Daten gilt und diese zwecks Erfüllung des Versicherungsvertrags verarbeitet, dass ich zum Zugriff auf meine Daten habe und zu deren Änderung berechtigt bin, sowie dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt

Niniejszym zwalniaam lekarzy, a także placówki medyczne, w których leczylam/leczyłem i leczę się, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnienie ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej (historii choroby) / Hiermit entbinde ich die Ärzte, sowie die medizinischen Praxen, in denen ich behandelt wurde/werde, von der ärztlichen Schweigepflicht und stimme zu, der Versicherungsgesellschaft die medizinischen Unterlagen (Anamnesebogen) zugänglich zu machen.

Data / Datum Imię i nazwisko oraz podpis ubezpieczonego lub pełnomocnika /
Vorname, Name und Unterschrift des Versicherten oder des Bevollmächtigten

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 / Hiermit bestätige ich die wahrheitsgemäße Angabe der Daten und bin mir dessen bewusst, dass Falschbeurkundung oder Angabe der falschen Informationen ein Verbrechen darstellt und mit der Absage der Auszahlung der Entschädigung oder Strafverfolgung resultieren kann.

Data / Datum Imię i nazwisko oraz podpis zgłaszającego szkodę /
Vorname, Name und Unterschrift des Schadensmeldenden

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. Gemäß dem Wortlaut des Versicherungsvertrags wird die Entschädigung oder die Leistung auf dem Gebiet der Republik Polen, in polnischer Währung ausgezahlt, bis auf die Kosten, die direkt ins Ausland an die Rechnungsaussteller ausgezahlt wurden.

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. Falls die Höhe des Anspruchs gemäß den in einer fremden Währung ausgestellten Rechnungen festgelegt wurde und die Entschädigung in der polnischen Währung ausgezahlt werden soll, wird diese in die polnische Währung basierend auf dem Mittelkurs der Polnischen Nationalbank (NBP) umgerechnet, der zum Tag der Festlegung der Entschädigung galt.

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:
 - oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów,
 - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczynę oraz zakres udzielonej pomocy medycznej.

- nieszczęśliwego wypadku należy przedłożyć:
 - oryginały 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, 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.

Wszelkie dokumenty prosimy przysyłać na adres:

Europäische Reiseversicherung AG
Oddział w Polsce
ul. Chmielna 101/102
80-748 Gdańsk

Liste der erforderlichen Unterlagen

Nachfolgend die Liste der Unterlagen, die samt dem ausgefüllten Schadensmeldeformular vorgelegt werden sollen.

Behandlungskosten verursacht durch:

- bei unerwarteter Erkrankung gilt es vorzulegen:
 - Originalrechnungen für getragene Kosten,
 - ärztliche Diagnosen und andere Unterlagen, die die Ursache und den Umfang der medizinischen Hilfe bestätigen.

- im Falle eines Unglücks gilt es vorzulegen:
 - Originalrechnungen,
 - ärztliche Diagnosen und andere Unterlagen, die die Ursache und den Umfang der medizinischen Hilfe bestätigen,
 - Beschreibung der Unfallumstände,
 - Falls die Verletzung infolge eines Verkehrsunfalls entstanden ist, bitte die polizeilichen Notizen, die Kopie des Führerscheins des Fahrers sowie die Haftpflichtversicherungsnummer und den Namen der Versicherungsgesellschaft des Unfallfahrers beifügen.

Die Versicherungsgesellschaft behält sich das Recht vor, die zur Bearbeitung des Anspruchs notwendigen zusätzlichen Unterlagen zu erbitten.

Bitte alle Unterlagen per Post an die folgende Adresse senden:

Europäische Reiseversicherung AG
Oddział w Polsce
ul. Chmielna 101/102
80-748 Gdańsk