

Formularz zgłoszenia szkody Insurance claim form

Koszty leczenia / Treatment costs

3 9 5 0 0 0 2 4

Numer polisy

Numer szkody –
wypełnia ERGO Ubezpieczenia Podróży

Wszelkie dokumenty prosimy przysyłać na adres:

All documents need to be sent to:

ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium

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.

To allow for a quick and proper claim investigation, please fill in the form below carefully.

A. Informacje ogólne / General Information

Dane osoby ubezpieczonej / Insured person data

Imię, drugie imię, nazwisko / **First name, middle name, last name**

Nazwisko rodowe / **Family name**

Obywatelstwo / **Citizenship**

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

Dwelling address in the identity card (house number, street, apartment number)

Kod pocztowy
Zip code

Miejscowość, kraj / **City, country**

numer PESEL (w przypadku obcokrajowców data urodzenia)
Social Security number (for foreigners – date of birth)

Adres korespondencyjny wskazany przez klienta (ulica, numer domu, numer mieszkania) / **Mailing address specified by the client (house number, street, apartment number)**

Kod pocztowy
Zip code

Miejscowość, kraj / **City, country**

Numer telefonu kontaktowego / **Telephone Number**

e-mail / **e-mail address**

Legitymująca/y się dowodem tożsamości / Possessing an identity card number

Nazwa dokumentu tożsamości
Identity document name

Seria i numer
Series and number

Organ wydający
Issuing authority

Kraj wydania
Country of issue

B. Dane dotyczące szkody / Insurance claim data

Początek podróży
Start of trip

dzień
day

miesiąc
month

rok
year

godzina
time

Zakończenie podróży
End of trip

dzień
day

miesiąc
month

rok
year

godzina
time

Kraj i miasto pobytu za granicą w momencie zachorowania/wypadku / **Destination country and city at the time of illness / accident**

Data zachorowania (zajścia wypadku) / **Date of illness/accident**

dzień
day

miesiąc
month

rok
year

1. Charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą. / **Nature of disease, type of injury with a diagnosis.**
Prosimy zamieścić dokładny opis dolegliwości, rodzaju urazu wraz z okolicznościami jego powstania / **Please provide a detailed description of symptoms, type of injury and its circumstances**

- 1.1. Od kiedy poszkodowany cierpił na tę dolegliwość, kiedy doszło do powstania urazu? / **Since when has the victim been suffering from this ailment? When did the injury happen?**

- 1.2. Data pierwszej wizyty u lekarza
Date of the first visit to the doctor's office

dzień day		miesiąc month		rok year	

- 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. / **Please indicate the name and address of the health centre to which the victim belonged or in which the victim was treated within the last 12 months prior to the conclusion date of the insurance agreement**

- 1.4. Czy do zachorowania/wypadku doszło wskutek:
Was the illness/accident a result of:

☐ przestępstwa
crime

☐ samobójstwa
suicide

☐ wypadku komunikacyjnego
traffic accident

- ☐ uprawiania sportu – jakiej dyscypliny?
doing sports – what discipline?

- ☐ wykonywania pracy fizycznej – jakiej?
physical work – what?

- ☐ inne – wskutek czego?
other – as a result of what?

- 1.5. Czy poszkodowany był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających
Was the insured under the influence of alcohol, medication or drugs?

☐ tak / **yes**

☐ nie / **no**

- 1.6. Czy wykonano badanie krwi?
Was the blood test made?

☐ tak / **yes**

☐ nie / **no**

2. Czy wskutek wypadku/choroby ubezpieczony był hospitalizowany? Jeśli tak, to prosimy załączyć kartę leczenia szpitalnego.
Did the insured undergo hospitalization as a result of the accident/illness? If yes, please attach a hospital card.

☐ tak / **yes**

☐ nie / **no**

Daty hospitalizacji: / **Hospitalization dates:**

od: / **from**
dzień miesiąc rok
day month year

do: / **to**
dzień miesiąc rok
day month year

- 2.1. W jaki sposób poszkodowany powrócił do kraju zamieszkania? / **How did the victim return to his/her country of residence?**

- ☐ planowanym środkiem transportu
planned means of transport

☐ karetką
ambulance

☐ samolotem
plane

- ☐ ambulansem lotniczym
air ambulance

☐ innym – jakim?
other – what?

2.2. Czy Centrum Pomocy zostało zawiadomione o zdarzeniu? / **Was the Assistance Center notified of the event?**
Jeśli nie, to z jakiego powodu? / **If no, why not?**

☐ tak / **yes**

☐ nie / **no**

3. Prosimy podać dokładny spis poniesionych kosztów / **Please provide a detailed description of the costs incurred**

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie oryginałów rachunków z tytułu poniesionych kosztów (w razie konieczności prosimy kontynuować na odrębnej kartce).

A basis for reimbursement of expenses is to submit original receipts for costs incurred (if necessary, please continue on a separate sheet).

Opis rachunku (np. leki, porada medyczna) Description of a bill (such as medicine, medical advice),	Data wystawienia rachunku bill issue date			Kwota i waluta amount and currency	Opłacono / paid for	
					tak yes	nie no

C. Numer rachunku bankowego – dane do przelewu / Details of bank account

26 cyfrowy numer rachunku bankowego beneficjenta, na rzecz którego ma zostać wypłacone odszkodowanie / **26-digit bank account number of the beneficiary who is to receive the compensation**

Nazwa i dokładny adres banku / **Bank name and address**

☐ EUR

☐ PLN

Nazwisko i imię właściciela rachunku / **Surname and name of the account holder**

waluta rachunku / **currency**

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.

According to the insurance agreement, indemnity or benefit is paid on the territory of Poland in the Polish currency, excluding the costs returned to foreign bill issuers. If the amount of the claim has been determined based on accounts issued in a foreign currency, and the compensation is to be paid in the Polish currency, it is to be translated into the Polish currency according to the average exchange rate of Polish National Bank in force on the date of compensation determination.

D. Dane dotyczące innego ubezpieczyciela / Details of another insurer

1. Czy poszkodowany posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia? Jeśli tak, prosimy podać nazwę ubezpieczyciela i numer polisy / **Does the victim have a different insurance policy covering medical expenses? If yes, please provide the name of the insurer and the policy number. (e.g. EHIC No ...)**

☐ tak / **yes**

☐ nie / **no**

2. Czy poszkodowany otrzymał już zwrot jakichkolwiek kosztów z innego źródła? / **Has the victim received a reimbursement of any expenses from a different source?**

☐ tak / **yes**

☐ nie / **no**

2.1. Jeśli tak, prosimy podać nazwę: / **If yes, please provide the name:**

2.2. Prosimy podać wysokość otrzymanego zwrotu / **Please enter the amount of the refund received**

3. Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot jakichkolwiek kosztów? / **Has the victim submitted a request for a reimbursement of costs?**

☐ tak / **yes**

☐ nie / **no**

3.1. Jeśli tak, to do kogo? / **If yes, to whom?**

Nazwa i adres / **Name and address**

4. Czy poszkodowany posiada kartę bankową oferującą ubezpieczenie kosztów leczenia? Jeśli tak, prosimy podać nazwę banku, numer karty i nazwę ubezpieczyciela / **Does the victim have a bank card that offers medical insurance? If yes, please provide the name of the bank, card number and the name of the insurer**

☐ tak / yes ☐ nie / no

5. Czy poszkodowany jest objęty prywatnym/dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym? Jeśli tak, prosimy podać adres, nazwę firmy oraz numer ubezpieczenia lub członkostwa / **Is the victim covered by a private/supplementary health insurance? If yes, please provide the address, company name and social security or membership number.**

☐ tak / yes ☐ nie / no

Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że ERGO 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. / **I was informed that ERGO Reiseversicherung AG, Branch in Poland, seated in Gdańsk, ul. Chmielna 101/102, entered into the Register of Entrepreneurs of the National Court Register under the number 0000214412, VAT No. 2040000303, Regon 193072350, registered capital of 52 million euros, according to the Act of 29.08.1997 on the protection of personal data (i.e.: Journal of Laws of 2002, No. 101, item 926, as amended) is the administrator of personal data and processes the data in order to implement the insurance agreement and has the right to access my data and correct it. I am aware that providing the data is voluntary.**

Niniejszym zwalnim lekarzy, a także placówki medyczne, w których leczylam/leczylem i lecze się, z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej oraz wyrażam zgodę na udostępnienie ubezpieczycielowi dokumentacji medycznej (historii choroby) / **I hereby absolve the doctors and medical facilities in which I was treated of the responsibility for maintaining doctor's confidentiality and consent to providing the insurer with my medical records (medical history).**

Data / Date

Imię i nazwisko oraz podpis ubezpieczonego lub pełnomocnika
Name, surname and signature of the insured or a proxy

Niniejszym 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 / **I hereby confirm that the above information is true and correct and I am aware that a false declaration or providing false information is a criminal offense and may result in refusal to pay damages and criminal responsibility.**

Data / Date

Imię i nazwisko oraz podpis zgłaszającego szkodę
Surname and signature of the applicant

Lista niezbędnych dokumentów / List of necessary documents

Poniżej zamieszczamy listę dokumentów, jakie należy przedłożyć wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody.
Below, is a list of documents to be submitted along with a completed application form.

W przypadku zgłaszania szkody z tytułu kosztów leczenia z powodu: / **When filing an insurance claim for treatment costs due to:**

- nagłego zachorowania należy przedłożyć: / **sudden illness, the following should be submitted:**
 - oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów, / **original receipts for costs incurred,**
 - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny oraz zakres udzielonej pomocy medycznej. / **medical diagnoses and other evidence of the cause and the extent of medical assistance provided.**
- nieszczęśliwego wypadku należy przedłożyć: / **accident, the following should be submitted:**
 - oryginały rachunków z tytułu poniesionych kosztów, / **original receipts for costs incurred,**
 - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny oraz zakres udzielonej pomocy medycznej, / **medical diagnoses and other evidence of the cause and the extent of medical assistance provided,**
 - opis okoliczności wypadku, / **description of the accident circumstances,**
 - jeżeli uraz powstał wskutek wypadku komunikacyjnego, prosimy załączyć notatkę policji, kserokopię prawa jazdy kierującego, a także numer polisy odpowiedzialności cywilnej oraz nazwę ubezpieczyciela sprawcy. / **if the injury was a result of a traffic accident, please enclose a police note, a photocopy of the driver's driving license, the liability insurance policy number and the name of the perpetrator's insurer.**

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia z prośbą o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do rozpatrzenia roszczenia.
The insurer reserves the right to request further documentation necessary to investigate the claim.

Wszelkie dokumenty prosimy przysyłać na adres: / **All documents need to be sent to:**

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