

**Wszelkie dokumenty prześlij 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**Aby umożliwić nam szybkie i właściwe rozpatrzenie roszczenia wypełnij formularz dokładnie i szczegółowo.**

## 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

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.

Nazwisko i imię właściciela rachunku

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

Początek podróży

dzień

miesiąc

rok

godzina

:

Zakończenie podróży

dzień

miesiąc

rok

godzina

:

Kraj i miasto pobytu za granicą w momencie zachorowania/wypadku

## B. Dane dotyczące szkody

Data zachorowania/zajścia wypadku

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

### 1. Charakter zachorowania, rodzaj doznanego urazu wraz z diagnozą.

Zamieść dokładny opis dolegliwości, rodzaju urazu wraz z okolicznościami jego powstania.

1.1. Od kiedy poszkodowany cierpił na tę dolegliwość, kiedy doszło do powstania urazu?

1.2. Data pierwszej wizyty u lekarza.

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

1.3. Czy choroba występowała w przeszłości?  TAK  NIE

1.4. Podaj 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.

1.5. Czy do zachorowania/wypadku doszło wskutek:

przestępstwa  samobójstwa  wypadku komunikacyjnego

uprawiania sportu – jakiej dyscypliny?

wykonywania pracy fizycznej – jakiej?

inne - wskutek czego?

1.6. Czy ubezpieczony był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających?  TAK  NIE

1.7. Czy wykonano badanie krwi?  TAK  NIE

### 2. Czy wskutek wypadku/choroby ubezpieczony był hospitalizowany?

Jeśli tak, załącz kartę leczenia szpitalnego.

TAK  NIE

Daty hospitalizacji

Od

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

do

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

2.1. W jaki sposób poszkodowany powrócił do kraju zamieszkania?

planowanym środkiem transportu  karetką  samolotem

ambulansem lotniczym

innym – jakim?

Czy Centrum Pomocy zostało zawiadomione o zdarzeniu?  
Jeśli nie, to z jakiego powodu?

TAK  NIE

### 3. Podaj dokładny spis poniesionych kosztów.

Podstawą do zwrotu wydatków jest przedłożenie oryginałów lub kopie rachunków z tytułu poniesionych kosztów. W razie konieczności kontynuuj na odrębnej kartce.

Opis rachunku (np. leki, porada medyczna)

Data wystawienia rachunku

Kwota i waluta

Opłacono

TAK  NIE

TAK  NIE

TAK  NIE

TAK  NIE

TAK  NIE

TAK  NIE

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.

### 4. Czy poszkodowany otrzymał już zwrot jakichkolwiek kosztów z innego źródła?

TAK  NIE

4.1. Jeśli tak, podaj nazwę:

4.2. Podaj wysokość otrzymanego zwrotu:

PLN

4.3. Czy poszkodowany składał wniosek o zwrot jakichkolwiek kosztów?

TAK  NIE

4.4. Jeśli tak, to do kogo? Podaj nazwę i adres.

## C. Dane dotyczące innego ubezpieczyciela

### 1. Czy poszkodowany posiada inną polisę obejmującą swym zakresem koszty leczenia?

TAK  NIE

Jeśli tak, podaj nazwę ubezpieczyciela i numer polisy.

### 2. Czy poszkodowany posiada kartę bankową oferującą ubezpieczenie kosztów leczenia?

TAK  NIE

Jeśli tak, podaj nazwę banku, numer karty i nazwę ubezpieczyciela.

## D. 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- Prywatności/](http://www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka- Prywatności/). 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](mailto: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 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-ubezpieczeniapodrozy.pl/polityka- Prywatności/](http://www.ergo-ubezpieczeniapodrozy.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 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

### Lista niezbędnych dokumentów

Poniżej zamieszczamy listę dokumentów, które załącz wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia szkody.

W przypadku zgłaszania szkody z tytułu kosztów leczenia z powodu:

- nagłego zachorowania dołącz:
  - oryginał lub kserokopię potwierdzenia wykupienia ubezpieczenia/potwierdzenia dokonania rezerwacji podróży,
  - oryginały lub kopie rachunków z tytułu poniesionych kosztów,
  - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny oraz zakres udzielonej pomocy medycznej.
- nieszczęśliwego wypadku dołącz:
  - oryginał lub kserokopię potwierdzenia wykupienia ubezpieczenia/potwierdzenia dokonania rezerwacji podróży,
  - oryginały lub kopie rachunków z tytułu poniesionych kosztów,
  - diagnozy lekarskie i inne dokumenty stwierdzające przyczyny oraz zakres udzielonej pomocy medycznej,
  - opis okoliczności wypadku,
  - jeżeli uraz powstał wskutek wypadku komunikacyjnego, załącz 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.**